

Code de la sécurité sociale

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1er : Organisation de la sécurité sociale

Article L111-1

La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.

Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.

Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre du présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens.

Article L111-2

Des lois pourront étendre le champ d'application de l'organisation de la sécurité sociale à des catégories nouvelles de bénéficiaires et à des risques ou prestations non prévus par le présent code.

Restent soumises au régime résultant de leur statut actuel les professions agricoles et forestières.

Article L111-2-1

I.-La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.

La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection.

L'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.

En partenariat avec les organisations représentatives des professionnels de santé et les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent, dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du même code, à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'Etat.

Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie.

II.-La Nation réaffirme solennellement le choix de la retraite par répartition au cœur du pacte social qui unit les générations. Le système de retraite par répartition assure aux retraités le versement de pensions en rapport avec les revenus qu'ils ont tirés de leur activité.

Les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la durée de la retraite comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur espérance de vie en bonne santé, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent.

La Nation assigne également au système de retraite par répartition un objectif de solidarité entre les générations et au sein de chaque génération, notamment par l'égalité entre les femmes et les hommes, par la prise en compte des périodes éventuelles de privation involontaire d'emploi, totale ou partielle, et par la garantie d'un niveau de vie satisfaisant pour tous les retraités.

La pérennité financière du système de retraite par répartition est assurée par des contributions réparties équitablement entre les générations et, au sein de chaque génération, entre les différents niveaux de revenus et entre les revenus tirés du travail et du capital. Elle suppose de rechercher le plein emploi.

Article L111-2-2

Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quel que soit leur lieu de résidence, toutes les personnes :

1° Qui exercent sur le territoire français :

- a) Une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France ;
- b) Une activité professionnelle non salariée ;

2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales.

Article L111-2-3

Un décret en Conseil d'Etat précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou des allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1er bis : Lois de financement de la sécurité sociale

Section 1 : Contenu et présentation des lois de financement.

Article LO111-3

I.-La loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprend quatre parties :

- une partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos ;
- une partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours ;
- une partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ;
- une partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir.

A.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice ;

2° Approuve, pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette ;

3° Approuve le rapport mentionné au II de l'article LO 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre prévus au 1°.

B.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général par branche, ainsi que des organismes concourant au financement de ces régimes ;

2° Rectifie les objectifs de dépenses par branche de ces régimes, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale ;

3° Rectifie l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit.

C.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Approuve le rapport prévu au I de l'article LO 111-4 ;

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. A cette fin :

a) Elle prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes. L'évaluation de ces recettes, par catégorie, figure dans un état annexé ;

b) Elle détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit ;

c) Elle approuve le montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 5° du III de l'article LO 111-4 ;

d) Elle retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, pour le régime général ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

e) Elle arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources.

D.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ;

2° Fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs. La liste des éventuels sous-objectifs et la détermination du périmètre de chacun d'entre eux sont fixées par le Gouvernement après consultation des commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale ;

3° Fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs. La définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale. Les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition des composantes de ces sous-objectifs. Le nombre de sous-objectifs ne peut être inférieur à cinq.

II.-La loi de financement de l'année et les lois de financement rectificatives ont le caractère de lois de financement de la sécurité sociale.

Outre l'article liminaire mentionné à l'article 7 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques, la loi de financement rectificative comprend deux parties distinctes. Sa première partie correspond à la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général. Sa deuxième partie correspond à la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux dépenses.

Seules des lois de financement peuvent modifier les dispositions prises en vertu du I.

III.-L'affectation, totale ou partielle, d'une recette exclusive des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ou des organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, à toute autre personne morale ne peut résulter que d'une disposition de loi de financement. Ces dispositions sont également applicables, sous réserve des dispositions de l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, à l'affectation d'une ressource établie au profit de ces mêmes régimes et organismes à toute autre personne morale que l'Etat.

IV.-Seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base.

Cette disposition s'applique également :

1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contributions affectées aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ou aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit, ou aux organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions ;

3° A toute modification des mesures non compensées à la date de l'entrée en vigueur de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

V.-A.-Peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, outre celles prévues au B du I, les dispositions ayant un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit, relatives à l'affectation de ces recettes, sous réserve des dispositions de l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 précitée, ou ayant un effet sur les dépenses de ces régimes ou organismes.

B.-Peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, outre celles prévues au C du I, les dispositions :

1° Ayant un effet sur les recettes de l'année des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit, ou relatives, sous réserve des dispositions de l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 précitée, à l'affectation de ces recettes ;

2° Ayant un effet sur les recettes de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes

à leur profit, ou relatives, sous réserve des dispositions de l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 précitée, à l'affectation de ces recettes, à la condition qu'elles présentent un caractère permanent ;

3° Relatives à l'assiette, au taux et aux modalités de recouvrement des cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ;

4° Relatives à la trésorerie et à la comptabilité des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ;

5° Relatives au transfert, à l'amortissement et aux conditions de financement de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base, et relatives à la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base et à l'utilisation de ces réserves, à la condition que ces dernières opérations aient une incidence sur les recettes de l'année ou, si elles ont également une incidence sur les recettes des années ultérieures, que ces opérations présentent un caractère permanent.

C.-Peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, outre celles prévues au D du I, les dispositions :

1° Ayant un effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base ou sur les dépenses de l'année des organismes concourant à leur financement qui affectent directement l'équilibre financier de ces régimes ;

2° Ayant un effet sur les dépenses de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base ou sur les dépenses des organismes concourant à leur financement qui affectent directement l'équilibre financier de ces régimes, à la condition qu'elles présentent un caractère permanent ;

3° Modifiant les règles relatives à la gestion des risques par les régimes obligatoires de base ainsi que les règles d'organisation ou de gestion interne de ces régimes et des organismes concourant à leur financement, si elles ont pour objet ou pour effet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale ;

4° Améliorant l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

D.-Peuvent également figurer dans la loi de financement, dans les conditions et sous les réserves prévues au A et aux 1°, 2° et 3° du B et du C du présent V, les dispositions relatives aux organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

VI.-Lorsque des dispositions législatives ou réglementaires sont susceptibles d'avoir un effet sur les recettes ou les dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, des organismes concourant à leur financement ou des organismes chargés de l'amortissement de leur dette, les conséquences de chacune d'entre elles doivent être prises en compte dans les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses de la plus prochaine loi de financement.

VII.-Les comptes des régimes et organismes de sécurité sociale doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière.

VIII.-La mission d'assistance du Parlement et du Gouvernement, confiée à la Cour des comptes par le dernier alinéa de l'article 47-1 de la Constitution, comporte notamment :

1° La production du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, prévu à l'article LO 132-3 du code des juridictions financières ;

2° La production d'un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos, mentionnés au I du présent article, ainsi que sur la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos, mentionné au II de l'article LO 111-4 ;

3° La production du rapport, mentionné à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, de certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos, établis conformément aux dispositions du présent livre. Ce rapport présente le compte rendu des vérifications opérées aux fins de certification.

Article LO111-4

I.-Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. Le rapport précise les hypothèses sur lesquelles repose la prévision de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces hypothèses prennent en compte les perspectives d'évolution des dépenses et les mesures nouvelles envisagées.

Ce rapport comporte, en outre, les éléments mentionnés au II de l'article 9 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques.

II.-Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos. Ce rapport présente également un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit.

III.-Sont jointes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année des annexes :

1° Présentant, pour les années à venir, les programmes de qualité et d'efficacité relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ; ces programmes comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en oeuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours. Cette annexe comprend également un programme de qualité et d'efficacité relatif aux dépenses et aux recettes des organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

2° Présentant, pour les années à venir, les objectifs pluriannuels de gestion et les moyens de fonctionnement dont les organismes des régimes obligatoires de base disposent pour les atteindre, tels qu'ils sont déterminés conjointement entre l'Etat et les organismes nationaux des régimes obligatoires de base et indiquant, pour le dernier exercice clos, les résultats atteints au regard des moyens de fonctionnement effectivement utilisés ;

3° Rendant compte de la mise en oeuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année en cours et des mesures de simplification en matière de recouvrement des recettes et de gestion des prestations de la sécurité sociale mises en oeuvre au cours de cette même année ;

4° Détaillant, par catégorie et par branche, la liste et l'évaluation des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, du régime général, du régime des salariés agricoles, du régime des non-salariés agricoles et des régimes des non-salariés non agricoles, ainsi que de chaque organisme concourant au financement de ces régimes, à l'amortissement de leur dette, à la mise en réserve de recettes à leur profit ou gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble de ces régimes ;

5° Enumérant l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et contributions, présentant les mesures nouvelles introduites au cours de l'année précédente et de l'année en cours ainsi que celles envisagées pour l'année à venir et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu, les moyens permettant d'assurer la neutralité de cette compensation pour la trésorerie desdits régimes et organismes ainsi que l'état des créances. Ces mesures sont ventilées par nature, par branche et par régime ou organisme ;

6° Détaillant les mesures ayant affecté les champs respectifs d'intervention de la sécurité sociale, de l'Etat et des autres collectivités publiques, ainsi que l'effet de ces mesures sur les recettes, les dépenses et les tableaux d'équilibre de l'année des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, et présentant les mesures destinées à assurer la neutralité des opérations pour compte de tiers effectuées par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement pour la trésorerie desdits régimes et organismes ;

7° Précisant le périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et sa décomposition en sous-objectifs, et analysant l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de cet objectif. Cette annexe présente les modifications éventuelles du périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou de la composition des sous-objectifs, en indiquant l'évolution à structure constante de l'objectif ou des sous-objectifs concernés par les modifications de périmètre. Elle précise les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Elle fournit des éléments précis sur l'exécution de l'objectif national au cours de l'exercice clos et de l'exercice en cours ainsi que sur les modalités de construction de l'objectif pour l'année à venir en détaillant, le cas échéant, les mesures correctrices envisagées. Cette annexe indique également l'évolution de la dépense nationale de santé ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense. Elle rappelle, le cas échéant, l'alerte émise par une autorité indépendante désignée par la loi. Elle fournit également le montant des objectifs d'engagement inscrits pour l'année à venir pour les établissements et services médico-sociaux relevant de l'objectif de dépenses. Elle présente en outre le taux prévisionnel de consommation pluriannuel se rattachant aux objectifs d'engagement inscrits pour l'année à venir, ainsi que le bilan des taux de consommation des objectifs d'engagement arrivés à échéance au cours des deux derniers exercices clos et de l'exercice en cours ;

8° Présentant, pour le dernier exercice clos, le compte définitif et, pour l'année en cours et les trois années suivantes, les comptes prévisionnels, justifiant l'évolution des recettes et des dépenses et détaillant l'impact, au titre de l'année à venir et, le cas échéant, des années ultérieures, des mesures contenues dans le projet de loi de financement de l'année sur les comptes :

a) Des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à l'amortissement de leur dette et à la mise en réserve de recettes à leur profit ;

b) Des organismes financés par des régimes obligatoires de base ;

c) Des fonds comptables retraçant le financement de dépenses spécifiques relevant d'un régime obligatoire de base ;

d) Des organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

Lorsqu'un projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit le transfert d'actifs à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ou l'augmentation de ses ressources par la réalisation d'actifs publics, cette annexe fournit les éléments permettant d'apprécier l'intérêt financier de cette opération. Elle indique notamment la rentabilité passée et la rentabilité prévisionnelle des actifs concernés et le coût de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;

9° Justifiant, d'une part, les besoins de trésorerie des régimes et organismes habilités par le projet de loi de financement de l'année à recourir à des ressources non permanentes et détaillant, d'autre part, l'effet des mesures du projet de loi de financement ainsi que des mesures réglementaires ou conventionnelles prises en compte par ce projet sur les comptes des régimes de base et de manière spécifique sur ceux du régime général, ainsi que sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, au titre de l'année à venir et, le cas échéant, des années ultérieures ;

10° Comportant, pour les dispositions relevant du V de l'article LO 111-3, les documents visés aux dix derniers alinéas de l'article 8 de la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1,39 et 44 de la Constitution ;

11° Présentant le rapport mentionné au III de l'article 23 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 précitée.

IV.-Tous les trois ans, le Gouvernement adresse au Parlement, en même temps que le projet de loi de financement de l'année, un document présentant la liste des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et précisant le nombre de leurs cotisants actifs et retraités titulaires de droits propres.

V.-Sont également transmis au Parlement :

1° Le rapport de la Cour des comptes prévu à l'article LO 132-3 du code des juridictions financières ;

2° Un rapport présentant les comptes, au titre de l'année en cours et de l'année à venir, des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que les comptes des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette, à la mise en réserve de recettes à leur profit et des organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

3° Un rapport présentant le compte rendu des vérifications opérées notamment en application du 3° du VIII de l'article LO 111-3 du présent code.

Section 2 : Préparation des projets de loi de financement.

Article LO111-5

Sous l'autorité du Premier ministre, le ministre chargé de la sécurité sociale prépare les projets de loi de financement de la sécurité sociale, qui sont délibérés en conseil des ministres.

Article LO111-5-1

Pour la préparation du projet de loi de financement, les organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de protection sociale doivent transmettre au ministre chargé de la sécurité sociale les données dont ils disposent concernant les recettes et dépenses relatives au dernier exercice clos et à l'année en cours, ainsi que leurs perspectives d'évolution au titre des quatre années à venir.

Article LO111-5-2

En vue de l'examen et du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année suivante par le Parlement, le Gouvernement présente, au cours du dernier trimestre de la session ordinaire, un rapport sur les orientations des finances sociales comportant :

1° Une description des grandes orientations de sa politique de sécurité sociale au regard des engagements européens de la France ;

2° Une évaluation pluriannuelle de l'évolution des recettes et des dépenses des administrations de sécurité sociale ainsi que de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Ce rapport peut donner lieu à un débat à l'Assemblée nationale et au Sénat. Ce débat peut être concomitant du débat prévu à l'article 48 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

Section 3 : Examen et vote des lois de financement.

Article LO111-6

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année, y compris les rapports et les annexes mentionnés aux I, II et III de l'article L.O. 111-4, est déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre ou, si cette date est un dimanche, le premier jour ouvrable qui suit.

Article LO111-7

L'Assemblée nationale doit se prononcer, en première lecture, dans le délai de vingt jours après le dépôt d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le Sénat doit se prononcer, en première lecture, dans un délai de quinze jours après avoir été saisi.

Si l'Assemblée nationale n'a pas émis un vote en première lecture sur l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale dans le délai prévu à l'article 47-1 de la Constitution, le Gouvernement saisit le Sénat du texte qu'il a initialement présenté, modifié le cas échéant par les amendements votés par l'Assemblée nationale et acceptés par lui. Le Sénat doit alors se prononcer dans un délai de quinze jours après avoir été saisi.

Si le Sénat n'a pas émis un vote en première lecture sur l'ensemble du projet dans le délai imparti, le Gouvernement saisit à nouveau l'Assemblée nationale du texte soumis au Sénat, modifié, le cas échéant, par les amendements votés par le Sénat et acceptés par lui.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale est ensuite examiné selon la procédure accélérée dans les conditions prévues à l'article 45 de la Constitution.

Article LO111-7-1

I. - La partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprenant les dispositions rectificatives pour l'année en cours ne peut être mise en discussion devant une assemblée avant le vote par cette assemblée de la partie du même projet comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos.

La partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année relative aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ne peut être mise en discussion devant une assemblée avant le vote par cette assemblée de la partie du même projet comprenant les dispositions rectificatives pour l'année en cours.

La partie du projet de loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir ne peut être mise en discussion devant une assemblée avant l'adoption par la même assemblée de la partie du même projet comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour la même année.

II. - La partie du projet de loi de financement rectificative comprenant les dispositions relatives aux dépenses ne peut être mise en discussion devant une assemblée avant l'adoption par la même assemblée de la partie du même projet comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général.

III. - Dans la partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, l'approbation des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base, du régime général, des organismes concourant au financement de ces régimes, celle des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées au titre de cet exercice, celle des montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi que celle des montants correspondant à l'amortissement de leur dette font l'objet d'un vote unique.

Dans la partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes fait l'objet d'un vote unique. La rectification de l'objectif d'amortissement des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et celle des prévisions de recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit de ces régimes font l'objet d'un vote unique. La rectification des objectifs

de dépenses par branche, décomposés le cas échéant en sous-objectifs, est assurée par un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général. La rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie décomposé en sous-objectifs fait l'objet d'un vote distinct.

Dans la partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes font l'objet d'un vote unique. Les tableaux d'équilibre font l'objet de votes distincts selon qu'il s'agit de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général ou des organismes concourant au financement de ces régimes. La détermination de l'objectif d'amortissement des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et celle des prévisions de recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit de ces régimes font l'objet d'un vote unique. La liste des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources font l'objet d'un vote unique.

Dans la partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale font l'objet d'un vote unique. Chaque objectif de dépenses par branche, décomposé le cas échéant en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, décomposé en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique.

IV. - Au sens de l'article 40 de la Constitution, la charge s'entend, s'agissant des amendements aux projets de loi de financement de la sécurité sociale s'appliquant aux objectifs de dépenses, de chaque objectif de dépenses par branche ou de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Tout amendement doit être motivé et accompagné des justifications qui en permettent la mise en oeuvre.

Les amendements non conformes aux dispositions du présent chapitre sont irrecevables.

Section 4 : Information et contrôle sur le financement de la sécurité sociale.

Article LO111-8

En vue de l'examen et du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année, et sans préjudice de toute autre disposition relative à l'information et au contrôle du Parlement, les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond de ce projet et les autres commissions concernées adressent au Gouvernement, avant le 10 juillet de chaque année, des questionnaires relatifs à l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Celui-ci y répond par écrit au plus tard le 8 octobre.

Article LO111-9

Les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond du projet de loi de financement de la sécurité sociale suivent et contrôlent l'application de ces lois et procèdent à l'évaluation de toute question relative aux finances de la sécurité sociale. Cette mission est confiée à leur président, au président de la mission mentionnée à l'article LO 111-10, ainsi que, dans leurs domaines d'attributions, à leurs rapporteurs et, pour un objet et une durée déterminés, à des membres d'une de ces commissions désignés par elle à cet effet. A cet effet, ils procèdent à toutes auditions qu'ils jugent utiles et à toutes investigations sur pièces et sur place auprès des administrations de l'Etat, des organismes de sécurité sociale, de tout autre organisme privé gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire et des établissements publics compétents. Tous les renseignements et documents d'ordre financier et administratif qu'ils demandent, y compris tout rapport établi par les organismes et services chargés du contrôle de l'administration, réserve faite des sujets à caractère secret concernant la défense nationale et la sécurité intérieure ou extérieure de l'Etat et du respect du secret de l'instruction et du secret médical, doivent leur être fournis.

Les personnes dont l'audition est jugée nécessaire par le président et le ou les rapporteurs de la commission, dans leur domaine d'attribution, ont l'obligation de s'y soumettre. Elles sont déliées du secret professionnel sous les réserves prévues au premier alinéa.

Article LO111-9-1

Lorsque, dans le cadre d'une mission d'évaluation et de contrôle, la communication des renseignements demandés au titre de l'article LO 111-9 ne peut être obtenue au terme d'un délai raisonnable, apprécié au regard de la difficulté de les réunir, le président des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale peut demander à la juridiction compétente, statuant en référé, de faire cesser l'entrave sous astreinte.

Article LO111-9-2

En cas d'urgence, les limites prévues au e du 2° du C du I de l'article LO. 111-3 peuvent être relevées par décret pris en conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat et information des commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale. La ratification de ces décrets est demandée au Parlement dans le plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Article LO111-9-3

Lorsqu'une mission d'évaluation et de contrôle donne lieu à des observations notifiées au Gouvernement ou à un organisme de sécurité sociale, ceux-ci disposent d'un délai de deux mois pour y répondre.

Article LO111-10

Il peut être créé au sein de la commission de chaque assemblée saisie au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale une mission d'évaluation et de contrôle chargée de l'évaluation permanente de ces lois.

Article LO111-10-1

Avant la fin des mois de janvier et de juillet de chaque année, le Gouvernement transmet au Parlement un état semestriel des sommes restant dues par l'Etat aux régimes obligatoires de base.

Article LO111-10-2

Les avis formulés par les commissions saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale dans le cadre de leurs consultations sur la liste des sous-objectifs de dépenses de l'objectif national d'assurance maladie et celle des éventuels sous-objectifs de dépenses par branche prévues aux 2° et 3° du D du I de l'article LO 111-3 sont rendus dans un délai de quinze jours francs à compter de leur réception. A défaut de notification au ministre chargé de la sécurité sociale dans ce délai, l'avis est réputé rendu.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1 ter : Objectifs de dépenses et de recettes

Article L111-11

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet avant le 15 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique.

Les propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont soumises, préalablement à leur transmission, à l'avis du conseil mentionné à l'article L. 182-2-2.

Ces propositions sont accompagnées d'un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier des propositions de l'année précédente qui ont été retenues dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que des négociations avec les professionnels de santé conduites en vertu de l'article L. 182-2.

Ces propositions sont accompagnées également d'un bilan détaillé de la mise en œuvre du 22° de l'article L. 162-5 et du 9° de l'article L. 162-32-1. Ce bilan présente les engagements souscrits par les professionnels, analyse l'exigence des objectifs retenus et présente le taux d'atteinte de ces objectifs. Il indique les critères retenus pour l'attribution de la rémunération versée et le montant moyen de cette rémunération. Il évalue les économies résultant, pour l'assurance maladie, de l'atteinte des objectifs susmentionnés.

Article L111-12

L'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociales se trouvent

placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant.

Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 : Commissions et conseils

Section 3 : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Article L114-1

La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de sécurité sociale.

Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la sécurité sociale avec l'Etat et tous autres institutions et organismes. Elle inclut, chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.

La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique, social et environnemental, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils ou conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.

Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le premier président de la Cour des comptes pour une durée de trois ans qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.

La Commission des comptes de la sécurité sociale inclut chaque année dans ses rapports un bilan d'évaluation du respect des engagements financiers contenus dans les conventions conclues par les professions de santé avec l'assurance maladie.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiendront les deux réunions annuelles obligatoires de la commission.

Section 4 : Conseil d'orientation des retraites.

Article L114-2

Le Conseil d'orientation des retraites a pour missions :

1° De décrire les évolutions et les perspectives à moyen et long terme des régimes de retraite légalement obligatoires, au regard des évolutions économiques, sociales et démographiques, et d'élaborer, au moins tous les cinq ans, des projections de leur situation financière ;

2° D'apprécier les conditions requises pour assurer la viabilité financière à terme de ces régimes ;

3° De mener une réflexion sur le financement des régimes de retraite susmentionnés et de suivre l'évolution de ce financement ;

4° De produire, au plus tard le 15 juin, un document annuel et public sur le système de retraite, fondé sur des indicateurs de suivi définis par décret au regard des objectifs énoncés au II de l'article L. 111-2-1 ;

5° De participer à l'information sur le système de retraite et les effets des réformes conduites pour garantir son financement ;

6° De suivre la mise en œuvre des principes communs aux régimes de retraite et l'évolution des niveaux de vie des actifs et des retraités, ainsi que de l'ensemble des indicateurs des régimes de retraite, dont les taux de remplacement ;

7° De suivre l'évolution des écarts et inégalités de pensions des femmes et des hommes et d'analyser les phénomènes pénalisant les retraites des femmes, dont les inégalités professionnelles, le travail à temps partiel et l'impact d'une plus grande prise en charge de l'éducation des enfants.

Le conseil formule toutes recommandations ou propositions de réforme qui lui paraissent de nature à faciliter la mise en œuvre des objectifs et principes énoncés au II de l'article L. 111-2-1 ainsi qu'aux I à V de l'article L. 161-17.

Le Conseil d'orientation des retraites est composé, outre son président nommé en conseil des ministres, notamment de représentants des assemblées parlementaires, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales les plus représentatives et des départements ministériels intéressés, ainsi que de personnalités qualifiées. (1) Lorsqu'une assemblée parlementaire ou une organisation est appelée à désigner plus d'un membre du conseil, elle procède à ces désignations de telle sorte que l'écart entre le nombre des hommes désignés, d'une part, et des femmes désignées, d'autre part, ne soit pas supérieur à un. Le conseil compte parmi ses personnalités qualifiées autant de femmes que d'hommes.

Les administrations de l'Etat, les établissements publics de l'Etat et les organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite légalement obligatoire ou du régime d'assurance chômage sont tenus de communiquer au Conseil d'orientation des retraites les éléments d'information et les études dont ils disposent et qui sont nécessaires au conseil pour l'exercice de ses missions. Le conseil fait connaître ses besoins afin qu'ils soient pris en compte dans les programmes de travaux statistiques et d'études de ces administrations, organismes et établissements.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

Section 5 : Commission de compensation.

Article L114-3

Il est institué auprès du ministre en charge de la sécurité sociale une commission de compensation, présidée par un magistrat désigné par le premier président de la Cour des comptes, comprenant des représentants des régimes de sécurité sociale et des représentants des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget.

La commission de compensation est consultée pour avis sur la fixation des soldes de la compensation prévue à l'article L. 134-1 et, éventuellement, sur le versement des acomptes.

Elle contrôle les informations quantitatives fournies par les régimes pour servir de base aux calculs.

Tout projet de modification des règles affectant les mécanismes de compensation entre régimes de sécurité sociale fait l'objet d'un avis de la commission, qui est transmis au Parlement.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

Section 6 : Comité de suivi des retraites.

Article L114-4

I.-Le comité de suivi des retraites est composé de deux femmes et de deux hommes, désignés en raison de leurs compétences en matière de retraite, nommés pour cinq ans par décret, et d'un président nommé en conseil des ministres.

Le Conseil d'orientation des retraites, les administrations de l'Etat, les établissements publics de l'Etat, le fonds mentionné à l'article L. 4162-17 du code du travail et les organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite légalement obligatoire ou du régime d'assurance chômage sont tenus de communiquer au comité les éléments d'information et les études dont ils disposent et qui sont nécessaires au comité pour l'exercice de ses missions. Le comité de suivi des retraites fait connaître ses besoins afin qu'ils soient pris en compte dans les programmes de travaux statistiques et d'études de ces administrations, organismes et établissements.

Un décret en Conseil d'Etat précise les missions du comité ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Le comité de suivi est accompagné dans ses travaux par un jury citoyen constitué de neuf femmes et de neuf hommes tirés au sort dans des conditions définies par décret.

II.-Le comité rend, au plus tard le 15 juillet, en s'appuyant notamment sur les documents du Conseil d'orientation des retraites mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 114-2 du présent code, un avis annuel et public :

1° Indiquant s'il considère que le système de retraite s'éloigne, de façon significative, des objectifs définis au II de l'article L. 111-2-1. Il prend en compte les indicateurs de suivi mentionnés au 4° de l'article L. 114-2 et examine la situation du système de retraite au regard, en particulier, de la prise en considération de la pénibilité au travail, de la situation comparée des droits à pension dans les différents régimes de retraite et des dispositifs de départ en retraite anticipée ;

2° Analysant la situation comparée des femmes et des hommes au regard de l'assurance vieillesse, en tenant compte des différences de montants de pension, de la durée d'assurance respective et de l'impact des avantages familiaux de vieillesse sur les écarts de pensions ;

3° Analysant l'évolution du pouvoir d'achat des retraités, avec une attention prioritaire à ceux dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté.

Dans le cas prévu au 1°, le comité :

a) Adresse au Parlement, au Gouvernement, aux caisses nationales des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, aux services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions et aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires des recommandations, rendues publiques, destinées à garantir le respect des objectifs mentionnés au 1° du présent II, dans les conditions prévues aux III et IV ;

b) Remet, au plus tard un an après avoir adressé les recommandations prévues au a, un avis public relatif à leur suivi.

III.-Les recommandations mentionnées au II portent notamment sur :

1° L'évolution de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une pension sans décote, au regard notamment de l'évolution de l'espérance de vie, de l'espérance de vie à soixante ans en bonne santé, de l'espérance de vie sans incapacité, de la durée de retraite, du niveau de la population active, du taux de chômage, en particulier des jeunes et des seniors, des besoins de financement et de la productivité ;

2° Les transferts du Fonds de réserve pour les retraites vers les régimes de retraite, tenant compte de l'ampleur et de la nature d'éventuels écarts avec les prévisions financières de l'assurance retraite ;

3° En cas d'évolutions économiques ou démographiques plus favorables que celles retenues pour fonder les prévisions d'équilibre du régime de retraite par répartition, des mesures permettant de renforcer la solidarité du régime, prioritairement au profit du pouvoir d'achat des retraités les plus modestes, de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la prise en compte de la pénibilité et des accidents de la vie professionnelle ;

4° Le niveau du taux de cotisation d'assurance vieillesse, de base et complémentaire ;

5° L'affectation d'autres ressources au système de retraite, notamment pour financer les prestations non contributives.

IV.-Les recommandations mentionnées au II ne peuvent tendre à :

1° Augmenter le taux de cotisation d'assurance vieillesse, de base et complémentaire, au-delà de limites fixées par décret ;

2° Réduire le taux de remplacement assuré par les pensions, tel que défini par décret, en deçà de limites fixées par décret.

V.-Le Gouvernement, après consultation des organisations représentatives des employeurs et des salariés, présente au Parlement les suites qu'il entend donner aux recommandations prévues au II.

Section 7 : Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie

Article L114-4-1

Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental.

Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis public dans lequel il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Il en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours.

Chaque année, au plus tard le 1er juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours.

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part qui sont transmises dans un délai d'un mois au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement.

Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie. Cet avis porte également sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours.

Cet avis est rendu public et transmis au Parlement.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 bis : Organisation comptable

Article L114-5

Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement, ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie appliquent un plan comptable unique fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement.

Un décret fixe les règles comptables applicables aux régimes et organismes visés au premier alinéa, ainsi que les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes.

Article L114-6

Pour l'application du VII de l'article LO 111-3, les organismes nationaux et les organismes de base des régimes obligatoires de sécurité sociale respectent les dispositions prévues aux alinéas suivants.

Les comptes annuels et infra-annuels des organismes de base de sécurité sociale, présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'organisme national chargé de leur centralisation. Ce dernier valide ces comptes et établit le compte combiné de la branche ou de l'activité de recouvrement, ou du régime.

Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base transmettent leurs comptes annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base comportant un réseau de caisses locales ou régionales transmettent les comptes combinés annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

Les comptes des régimes de protection sociale agricole sont également transmis au ministre de l'agriculture.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

Article L114-6-1

Les règles d'établissement et d'arrêté des comptes annuels ainsi que des comptes combinés sont communes à l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale. Un décret en Conseil d'Etat définit les compétences respectives des organes de direction et de l'instance délibérative compétente, et précise leur rôle, notamment au regard des missions de certification des comptes prévues aux articles L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières et L. 114-8 du présent code.

Article L114-7

Les organismes nationaux visés au deuxième alinéa de l'article L. 114-6 sont chargés d'alerter le Gouvernement et le Parlement en cas d'évolution des dépenses de la branche ou du régime manifestement incompatible avec le respect des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

Le Gouvernement informe les commissions compétentes des deux assemblées des mesures prises ou envisagées pour y remédier.

Article L114-8

Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.

Une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes. Les dispositions de l'article L. 141-3 du code des juridictions financières sont applicables à ces derniers.

Les commissaires aux comptes sont également tenus de communiquer leur rapport aux autorités administratives compétentes en ce qui concerne les comptes annuels et les comptes combinés mentionnés au premier alinéa du présent article.

Les autorités administratives compétentes peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes mentionnés au présent article tout renseignement sur l'activité de l'organisme contrôlé. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à leur égard, du secret professionnel. Les autorités administratives compétentes peuvent également transmettre aux commissaires aux comptes de ces organismes les informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel.

Les autorités administratives compétentes peuvent en outre transmettre des observations écrites aux commissaires aux comptes qui sont alors tenus d'apporter des réponses en cette forme.

Les commissaires aux comptes sont tenus de signaler dans les meilleurs délais aux autorités administratives compétentes tout fait concernant l'organisme ou toute décision prise par ses organes de direction, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur mission, de nature :

1° A constituer une violation aux dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables ;

2° A entraîner le refus de la certification de ses comptes ou l'émission de réserves.

La même obligation s'applique aux faits et aux décisions dont ils viendraient à avoir connaissance dans l'exercice de leur mission de commissaire aux comptes dans une entité entrant dans le périmètre d'établissement des comptes combinés au sens de l'article L. 114-6.

La responsabilité des commissaires aux comptes ne peut être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution des obligations imposées par le présent article.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 ter : Contrôle et lutte contre la fraude

Article L114-9

Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, ainsi que les directeurs des organismes admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de base sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'Etat le rapport établi à l'issue des investigations menées.

L'organisme local d'assurance maladie informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en oeuvre de la procédure visée au présent article.

Les organismes nationaux des différents régimes suivent les opérations réalisées par les organismes mentionnés au premier alinéa. Ils en établissent annuellement une synthèse qui est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en définit le contenu et le calendrier d'élaboration.

Lorsqu'à l'issue des investigations prévues au présent article une fraude est constatée pour un montant supérieur à un seuil fixé par décret, les organismes visés au premier alinéa portent plainte en se constituant partie civile. En ce cas, ils sont dispensés de la consignation prévue à l'article 88 du code de procédure pénale.

Les organismes nationaux sont avisés par l'organisme de sécurité sociale de cette fraude et de la suite donnée. A défaut de plainte avec constitution de partie civile de l'organisme lésé, les organismes nationaux peuvent agir, en son nom et pour son compte, à l'expiration d'un délai d'un mois après une mise en demeure de ce dernier restée infructueuse. Les organismes nationaux peuvent aussi déposer plainte avec constitution de partie civile au nom et pour le compte d'un ou plusieurs organismes de sécurité sociale qui les mandatent à cette fin.

Article L114-10

Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations, le contrôle du respect des conditions de résidence et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions

définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du et différents régimes de la sécurité sociale.

Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme concernant l'attribution des prestations dont il a la charge.

Les modalités de cette coopération sont définies par décret.

Article L114-10-1

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale organisent le contrôle du respect des conditions de résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, réalisé à partir des vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.

Article L114-10-2

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale assurant l'affiliation, l'attribution des prestations ou le recouvrement des cotisations sont tenus de vérifier lors de l'affiliation et périodiquement que les assurés étrangers satisfont aux conditions de régularité de leur situation en France prévues au présent code. La vérification peut également être faite lors de la déclaration nominative effectuée par l'employeur prévue par l'article L. 320 du code du travail. Ils peuvent avoir accès aux fichiers des services de l'Etat pour obtenir les informations administratives nécessaires à cette vérification.

Lorsque ces informations sont conservées sur support informatique, elles peuvent faire l'objet d'une transmission selon les modalités prévues au chapitre IV de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Article L114-10-3

I.-L'Union nationale des caisses d'assurance maladie établit un référentiel, homologué par l'Etat, précisant les modalités de contrôle appliquées par les organismes assurant la prise en charge des frais de santé, prévue à l'article L. 160-1, pour garantir le respect des conditions requises pour en bénéficier, notamment celles prévues aux articles L. 114-10-1 et L. 114-10-2. Ce référentiel distingue les procédés de contrôle faisant appel à des échanges d'informations et ceux nécessitant un contrôle direct auprès des assurés sociaux.

II.-Lorsqu'un organisme constate, après avoir procédé aux vérifications nécessaires, qu'une personne n'a pas droit à la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale, elle lui notifie son constat et l'invite

à présenter ses observations. La personne fait connaître à l'organisme ses observations et fournit, le cas échéant, les pièces justificatives nécessaires au maintien de ses droits. Si les observations présentées et les pièces produites sont insuffisantes pour justifier le maintien des droits ou en l'absence de réponse de l'intéressé, il est mis fin au service des prestations. La personne concernée en est préalablement informée.

III.-Les modalités d'application du II du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L114-11

Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les services de l'Etat chargés des affaires consulaires ainsi que l'établissement mentionné à l'article L. 452-1 du code de l'éducation se communiquent toutes informations qui sont utiles :

1° A l'appréciation et au contrôle des conditions d'ouverture ou de service des prestations et des aides qu'ils versent ;

2° Au recouvrement des créances qu'ils détiennent ;

3° Aux vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français.

Les constatations relatives à la situation de fait des assurés sociaux résidant hors de France ou à des soins reçus hors de France faites à la demande des organismes de sécurité sociale par des personnes physiques ou morales agréées par l'autorité consulaire française font foi jusqu'à preuve du contraire.

Article L114-12

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail se communiquent les renseignements qui :

1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ;

2° Sont nécessaires à l'information des personnes sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ;

3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes ;

4° Permettent d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations.

Article L114-12-1

Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un

régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

Ce répertoire est utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12 du présent code et pour ceux prévus, en application du présent code, avec les administrations fiscales.

Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa.

Ont également accès aux données de ce répertoire :

1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général et le Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;

2° Les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale mentionnés aux articles L. 123-4 à L. 123-9 du code de l'action sociale et des familles ;

3° L'organisme chargé de la gestion du système d'information du compte personnel de formation mentionné au III de l'article L. 6323-8 du code du travail, dans le cadre de la gestion de ce compte ;

4° Les institutions mentionnées à l'article L. 3253-14 du code du travail.

Le répertoire contient les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir, ainsi que les informations permettant d'attester du respect des conditions de résidence. Au 1er janvier 2016, il contient également le montant des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa.

Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé.

Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant-dernier alinéa.

Article L114-12-2

Chacun des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale peut être désigné pour réaliser et gérer un système d'information commun à tout ou partie d'entre eux, ainsi qu'à d'autres organismes mentionnés à l'article L. 114-12-1, en vue de l'accomplissement de leurs missions.

Cette désignation peut être prévue par une convention conclue entre les organismes concernés et publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale ou, à défaut, par décret.

Article L114-12-3

La constatation de l'obtention frauduleuse, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations, d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques entraîne la suspension du versement des prestations dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-4 et le réexamen du droit à l'ensemble des prestations versées par les organismes mentionnés à l'article L. 114-12. Le cas échéant, le service chargé du répertoire national d'identification des personnes physiques procède à l'annulation du numéro d'inscription obtenu frauduleusement.

Article L114-12-4

Dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les organismes et administrations mentionnés aux articles L. 114-12 et L. 114-14 procèdent à des échanges d'informations strictement nécessaires au contrôle du respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations, en utilisant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques mentionné à l'article L. 114-12-1

Article L114-14

Les échanges d'informations entre les agents des administrations fiscales, d'une part, et les agents des administrations chargées de l'application de la législation sociale et du travail et des organismes de protection sociale, d'autre part, sont effectués conformément aux dispositions prévues par le livre des procédures fiscales, et notamment ses articles L. 97 à L. 99 et L. 152 à L. 162 B.

Article L114-15

Lorsqu'il apparaît, au cours d'un contrôle accompli dans l'entreprise par l'un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 325-1 du code du travail, que le salarié a travaillé sans que les formalités prévues aux articles L. 143-3 et L. 320 du même code aient été accomplies par son ou ses employeurs, cette information est portée à la connaissance des organismes chargés d'un régime de protection sociale en vue, notamment, de la mise en oeuvre des procédures et des sanctions prévues aux articles L. 114-16, L. 114-17, L. 114-17-1 et L. 323-6 du présent code.

Cette information est également portée à la connaissance des institutions gestionnaires du régime de l'assurance chômage, afin de mettre en oeuvre les sanctions prévues aux articles L. 351-17 et L. 365-1 du code du travail.

Article L114-16

L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manoeuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu.

Article L114-16-1

Les agents de l'Etat ou des organismes de protection sociale, mentionnés à l'article L. 114-16-3, sont habilités à s'échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale énumérées à l'article L. 114-16-2, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment.

Les agents des services préfectoraux désignés par arrêté préfectoral sont habilités à transmettre aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement par ceux-ci de leur mission de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale visées à l'article L. 114-16-2, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment.

Sans préjudice des facultés d'échange d'informations dont ils disposent avec les agents des autorités administratives mentionnées à l'article 1er de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, les agents des services mentionnés à l'article L. 811-2 du code de la sécurité intérieure ou des services désignés par le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 811-4 du même code sont habilités à transmettre aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 du présent code les informations strictement utiles à l'accomplissement de leurs missions, lorsque la transmission de ces informations participe directement à la poursuite de l'une des finalités prévues à l'article L. 811-3 du code de la sécurité intérieure.

Article L114-16-2

Les fraudes en matière sociale mentionnées à l'article L. 114-16-1 sont celles définies par :

- les articles 313-1, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal lorsqu'elles portent un préjudice aux organismes de protection sociale ;
- les articles L. 272-1, L. 377-5, L. 583-3 et L. 831-7 du présent code ;
- l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- les articles L. 351-12 et L. 651-1 du code de la construction et de l'habitation ;
- les articles L. 5124-1, L. 5413-1, L. 5429-1, L. 5429-3 et L. 5522-28 du code du travail ;
- l'article 22 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier ;
- les articles 313-1, 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal, lorsqu'elles visent à obtenir, faire obtenir ou tenter de faire obtenir le revenu de solidarité active prévu à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles ou la prime d'activité prévue à l'article L. 841-1 du présent code.

Article L114-16-3

Les agents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 114-16-1 sont les suivants :

1° Les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail ;

2° Les agents des administrations centrales de l'Etat chargés de la lutte contre la fraude aux finances publiques désignés par le directeur ou le directeur général de chaque administration à cet effet ;

3° Les agents de direction des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale ; les agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 114-10, L. 243-7 et L. 611-16 du présent code et aux articles L. 724-7 et L. 724-8 du code rural et de la pêche maritime ;

4° Les agents des organismes nationaux mentionnés au titre II du livre II du présent code désignés par le directeur ou le directeur général de chaque organisme à cet effet ; les agents de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole désignés par son directeur à cet effet ; les agents de la Caisse nationale du régime social des indépendants désignés par son directeur à cet effet ;

5° Les agents de l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail désignés par son directeur général à cet effet ;

6° Les agents de l'organisme mentionné à l'article L. 5427-1 du même code désignés par son directeur général à cet effet et les agents agissant en application de l'article L. 3253-14 du même code désignés par le directeur de l'institution prévue au premier alinéa du même article à cet effet.

Article L114-17

I.-Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :

1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;

2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;

3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;

4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire ;

5° Les actions ou omissions ayant pour objet de faire obstacle ou de se soustraire aux opérations de contrôle exercées, en application de l'article L. 114-10 du présent code et de l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, par les agents mentionnés au présent article, visant à refuser l'accès à une information formellement sollicitée, à ne pas répondre ou à apporter une réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à

une convocation, émanant des organismes chargés de la gestion des prestations familiales et des prestations d'assurance vieillesse, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Tout fait ayant donné lieu à une sanction devenue définitive en application du présent article peut constituer le premier terme de récidive d'un nouveau manquement sanctionné par le présent article. Cette limite est doublée en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire. Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir.

La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles.

En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.

La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des articles L. 553-2, L. 835-3 et L. 845-3 du présent code, de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des articles L. 355-2 et L. 815-10 du présent code.

Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.

Les modalités d'application du présent I sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

II.-Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un trentième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, la limite du montant de la pénalité prévue au I du présent article est portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée au sens de l'article 132-71 du code pénal, cette limite est portée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Article L114-17-1

I. - Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles :

1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les employeurs ;

3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;

4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

II. - La pénalité mentionnée au I est due pour :

1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;

2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant l'ouverture de leurs droits et le service des prestations ;

3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;

4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;

5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17, L. 162-1-20 et L. 315-1 ;

6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ;

7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;

8° (Abrogé) ;

9° Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ;

10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

III. - Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité.

Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.

IV. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur :

1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;

2° Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ;

3° Ou saisit la commission mentionnée au V. A réception de l'avis de la commission, le directeur :

a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;

b) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application pour les assurés sociaux de l'article L. 133-4-1.

Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné.

Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits.

V. - La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie, de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles.

Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

VI. - Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom.

La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie, une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou à l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.

VII. - En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire :

1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, des caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 ou de l'organisme local chargé de verser les prestations au titre des assurances obligatoires contre les accidents de travail et les maladies professionnelles des professions agricoles peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;

2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;

3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ;

4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire.

VII bis. - Les pénalités prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.

VIII. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L114-18

Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues, est punie d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement.

Toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale, en méconnaissance des prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 €, ou seulement de l'une de ces deux peines.

Article L114-19

Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :

1° Aux agents des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ;

2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l'article L. 324-12 du code du travail (1) ;

3° Aux agents de contrôle des organismes de sécurité sociale pour recouvrer les prestations versées indûment à des tiers.

Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies.

Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande.

Le refus de déférer à une demande relevant du présent article est puni d'une amende de 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de l'amende puisse être supérieur à 10 000 €.

Ce délit peut faire l'objet de la procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale.

Article L114-20

Sans préjudice des autres dispositions législatives applicables en matière d'échanges d'informations, le droit de communication défini à l'article L. 114-19 est exercé dans les conditions prévues et auprès des personnes mentionnées à la section 1 du chapitre II du titre II du livre des procédures fiscales à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 82 C, L. 83 A, L. 83 B, L. 84, L. 84 A, L. 91, L. 95 et L. 96 B à L. 96 F.

Article L114-21

L'organisme ayant usé du droit de communication en application de l'article L. 114-19 est tenu d'informer la personne physique ou morale à l'encontre de laquelle est prise la décision de supprimer le service d'une prestation ou de mettre des sommes en recouvrement, de la teneur et de l'origine des informations et documents obtenus auprès de tiers sur lesquels il s'est fondé pour prendre cette décision. Il communique, avant la mise en recouvrement ou la suppression du service de la prestation, une copie des documents susmentionnés à la personne qui en fait la demande.

Article L114-22

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale et du régime d'assurance chômage peuvent échanger des données à caractère personnel, y compris des données relatives aux revenus des personnes, avec les organismes et institutions chargés de la gestion d'un régime équivalent au sein d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou d'un Etat inscrit sur une liste fixée par voie réglementaire sous réserve qu'il impose à ses organismes et institutions des conditions de protection des données personnelles équivalentes à celles existant en France, aux fins de :

- 1° Déterminer la législation applicable et prévenir ou sanctionner le cumul indu de prestations ;
- 2° Déterminer l'éligibilité aux prestations et contrôler le droit au bénéfice de prestations lié à la résidence, à l'appréciation des ressources, à l'exercice ou non d'une activité professionnelle et à la composition de la famille ;
- 3° Procéder au recouvrement des cotisations et contributions dues et contrôler leur assiette.

Article L114-22-1

L'article L. 243-15 est applicable aux employeurs relevant d'un régime de protection sociale agricole.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 quater : Prospective et performance du service public de la sécurité sociale

Article L114-23

I. # Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut avec les organismes nationaux de sécurité sociale une convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale.

Cette convention est signée, pour le compte de chaque organisme national du régime général, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, pour les régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1, dans des conditions fixées par décret.

Cette convention détermine les objectifs transversaux aux différents organismes de sécurité sociale en vue de fixer des actions communes en matière :

1° De mise en œuvre des mesures de simplification et d'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants ;

2° De mutualisation entre organismes, notamment dans le domaine de la gestion immobilière, des achats, des ressources humaines, de la communication et des systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° De présence territoriale des différents régimes et différentes branches mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 611-1 du présent code et L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime sur le territoire national ;

4° D'évaluation de la performance des différents régimes.

Cette convention prévoit, le cas échéant, les outils de mesure quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

Elle détermine également :

a) Les conditions de conclusion des avenants à la présente convention ;

b) Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

II. # La convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale est conclue pour une période minimale de quatre ans. La convention et, le cas échéant, les avenants qui la modifient sont transmis aux commissions permanentes parlementaires mentionnées à l'article LO 111-9.

III. # Les conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 du présent code, à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime et dans les dispositions réglementaires ayant le même objet sont négociées dans le respect de la convention mentionnée au I du présent article.

Article L114-24

Le fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale finance des études et des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment la réalisation d'audits ou de projets, et contribue aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.

Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Les modalités de gestion du fonds sont déterminées par décret.

Article L114-25

Des conventions de mise à disposition de services, d'équipements et de biens peuvent être conclues entre les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale en vue de l'accomplissement de leurs missions.

Ces conventions fixent les conditions de remboursement par le bénéficiaire des frais lui incombant.

Elles ne sont pas soumises aux règles prévues par le code des marchés publics ou par l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics si ces conventions portent sur des services, biens et équipements assurés ou gérés par l'un des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Article L115-1

Les organismes de sécurité sociale chargés de la gestion d'un régime obligatoire communiquent au comptable public de l'Etat chargé du recouvrement des créances hospitalières, sur sa demande, les informations qu'ils détiennent relatives à l'état civil, au domicile des assurés sociaux débiteurs, au nom et à l'adresse de leur employeur et des établissements ou organismes auprès desquels un compte de dépôt est ouvert à leur nom sans pouvoir opposer le secret professionnel.

Article L115-2

Les collectivités territoriales, les groupements de collectivités, les établissements publics et les organismes chargés de la gestion d'un service public peuvent recueillir auprès des organismes de sécurité sociale chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale des informations sur un de leurs ressortissants, après l'en avoir informé et aux seules fins d'apprécier sa situation pour l'accès à des prestations et avantages sociaux qu'ils servent.

La nature des informations et les conditions de cette communication sont fixées par un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article L115-2-1

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale échangent les informations, autres que médicales, qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'appréciation de la situation de leurs ressortissants pour l'accès à des prestations et avantages sociaux qu'ils servent ainsi qu'aux actions qu'ils mettent en œuvre en vue de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les organismes susceptibles d'en être destinataires.

Article L115-3

Sont fixées par la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 les conditions dans lesquelles les organismes de sécurité sociale doivent faire connaître les motifs de leurs décisions individuelles.

Article L115-4

Les conditions dans lesquelles les autorités compétentes de l'Etat et les organismes d'assurance maladie échangent dans le respect du secret médical les informations non nominatives nécessaires à la mise en oeuvre des dispositions du titre Ier du livre VII du code de la santé publique sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L115-5

Les caisses nationales des régimes de base d'assurance maladie peuvent constituer un groupement d'intérêt économique, afin de lui confier des tâches communes de traitement de l'information, à l'exclusion du service des prestations.

Le groupement ainsi constitué est soumis au contrôle des autorités compétentes de l'Etat dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L115-6

Les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour. Un décret fixe la liste des titres ou documents attestant la régularité de leur situation.

En cas de méconnaissance des dispositions du premier alinéa et des législations qu'il mentionne, les cotisations restent dues.

Article L115-8

Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat peut conclure des conventions comportant des engagements réciproques avec les organismes nationaux relevant des dispositions des articles L. 151-1 ou L. 152-1. Ces conventions comportent les dispositions prévues à l'article L. 227-1 correspondant aux missions de ces organismes.

Article L115-9

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales concluent avec l'Etat une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d'une politique coordonnée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées, conduite par les régimes que ces organismes gèrent. Elle est conclue dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion que ces organismes signent avec l'Etat.

Cette convention pluriannuelle peut également, à leur demande, être signée par les autres organismes nationaux chargés de la gestion d'un régime de retraite obligatoire de base et par les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes complémentaires légalement obligatoires d'assurance retraite.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 1 : Conseils et conseils d'administration

Section 1 : Organisation et pouvoirs des conseils

Article L121-1

Sauf dispositions particulières propres à certains régimes et à certains organismes, le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme.

Section 2 : Statut des administrateurs

Article L121-2

Les membres du conseil ou les administrateurs disposent pour l'exercice de leur fonction de tous les moyens nécessaires, notamment en matière d'information, de documentation et de secrétariat, auprès de la caisse ou de l'organisme dans le conseil ou le conseil d'administration desquels ils siègent.

Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 2 : Directeur et agent comptable

Article L122-1

Tout organisme de sécurité sociale est tenu d'avoir un directeur général ou un directeur et un agent comptable.

Les dispositions du premier alinéa du présent article sont applicables à tous les organismes de droit privé jouissant de la personnalité civile ou de l'autonomie financière et assurant en tout ou en partie la gestion d'un régime légalement obligatoire d'assurance contre la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, le décès, le veuvage, les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de prestations familiales, ainsi qu'aux unions ou fédérations desdits organismes. En ce qui concerne les organismes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, les dispositions du premier alinéa du présent article peuvent faire l'objet d'adaptations par décret.

Le directeur général ou le directeur décide des actions en justice à intenter au nom de l'organisme dans les matières concernant les rapports dudit organisme avec les bénéficiaires des prestations, les cotisants, les producteurs de biens et services médicaux et les établissements de santé, ainsi qu'avec son personnel, à l'exception du directeur général ou du directeur lui-même. Dans les autres matières, il peut recevoir délégation permanente du conseil ou du conseil d'administration pour agir en justice. Il informe périodiquement le conseil ou le conseil d'administration des actions qu'il a engagées, de leur déroulement et de leurs suites.

Le directeur général ou le directeur représente l'organisme en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à cet effet à certains agents de son organisme ou à un agent d'un autre organisme de sécurité sociale.

Les dispositions des troisième et quatrième alinéas du présent article sont applicables à tous organismes de tous régimes de sécurité sociale sauf :

1°) aux caisses ayant la forme d'établissements publics ;

2°) à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ;

3°) (Abrogé)

4°) à la caisse des Français à l'étranger.

Article L122-2

L'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale est chargé de la tenue de la comptabilité et veille à retracer dans ses comptes l'ensemble des droits et obligations de l'organisme.

L'agent comptable est personnellement et pécuniairement responsable des opérations effectuées, à l'exception de celles faites sur réquisition régulière du directeur de l'organisme. La réquisition a pour effet de transférer la responsabilité au directeur.

La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable se trouve engagée dès lors qu'un déficit ou un manquant en deniers ou en valeurs a été constaté, qu'un encaissement n'a pas été effectué, qu'une dépense a été indûment payée ou que, du fait de l'agent comptable, l'organisme a dû procéder à l'indemnisation d'un autre organisme ou d'un tiers.

Si le préjudice financier est reconnu imputable à un cas de force majeure par l'autorité compétente, la responsabilité pécuniaire de l'agent comptable ne peut être engagée.

Avant d'être installé, l'agent comptable doit fournir en garantie un cautionnement.

Les opérations et les contrôles dont il assume la responsabilité sont précisés par décret. Ce décret précise également les conséquences de la mise en oeuvre des articles L. 122-6, L. 122-7, L. 122-8, L. 122-9 et L. 611-11 sur la responsabilité des agents comptables concernés.

Article L122-3

La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable s'étend à toutes les opérations effectuées depuis la date de son installation jusqu'à la date de cessation des fonctions. Cette responsabilité s'étend aux opérations des régisseurs dans la limite des contrôles que l'agent comptable est tenu d'exercer. Elle ne peut être mise en jeu à raison de la gestion de ses prédécesseurs que pour les opérations prises en charge sans réserve lors de la remise de service ou qui n'auraient pas été contestées par l'agent comptable entrant, dans un délai fixé par décret.

Le premier acte de la mise en jeu de la responsabilité ne peut plus intervenir au-delà du 31 décembre de la sixième année suivant l'exercice comptable en cause.

Les régisseurs chargés pour le compte de l'agent comptable d'opérations d'encaissement et de paiement, les fondés de pouvoirs de l'agent comptable et les responsables des centres agréés par le ministre chargé du budget et le ministre chargé de la sécurité sociale pour effectuer des opérations d'encaissement de certains moyens de paiement sont soumis aux règles, obligations et responsabilité des agents comptables. Ils peuvent être déclarés responsables des opérations effectuées dans la limite du montant du cautionnement qu'ils sont astreints de fournir.

Article L122-4

Les conditions de mise en oeuvre de la responsabilité prévue aux articles L. 122-2 et L. 122-3, notamment la procédure applicable, les modalités de mise en débet et, le cas échéant, de remise gracieuse ainsi que celles relatives à la délivrance du quitus, sont fixées par décret.

Article L122-5

Les dispositions des articles L. 122-2 à L. 122-4 sont applicables à tous les organismes de sécurité sociale à l'exception des organismes ayant le statut d'établissement public.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 2 bis : Organisation et gestion des missions et activités

Article L122-6

I.-Les conseils d'administration des organismes nationaux définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes de la branche ou du régime concerné.

Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou à plusieurs organismes de la branche ou du régime la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

Les modalités de mise en œuvre des orientations mentionnées au deuxième alinéa sont fixées par une convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, à l'exception des modalités de traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites, qui sont précisées par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

II.-Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations, notamment agir en demande et en défense devant les juridictions. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

III.-L'union de recouvrement désignée peut assurer, pour le compte d'autres unions, des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement ainsi qu'à la gestion des activités de trésorerie. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

IV.-Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

Article L122-7

Le directeur d'un organisme local ou régional peut déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions ou activités liées à la gestion des organismes, par une convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de chaque branche concernée.

Lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle relevant de l'agent comptable, la convention est également signée par les agents comptables des organismes concernés.

Article L122-8

Les directeurs d'organismes nationaux peuvent confier à un ou plusieurs organismes de sécurité sociale d'une autre branche ou d'un autre régime des missions ou activités relatives à la gestion des organismes de leur réseau, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.

Les modalités de mise en œuvre du premier alinéa, à l'exception des modalités de traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites, qui sont précisées par décret, sont fixées par une convention signée par les directeurs des organismes nationaux concernés.

Article L122-9

Lorsque l'organisme délégant conserve la responsabilité des opérations de paiement, l'agent comptable de l'organisme délégataire chargé des opérations de liquidation des sommes à payer effectue des vérifications permettant d'attester l'exactitude de ces opérations préalablement à leur mise en paiement par l'agent comptable de l'organisme délégant. Ces vérifications sont effectuées selon des orientations fixées conjointement avec l'agent comptable de l'organisme délégant et sous sa responsabilité, en cohérence avec les référentiels de contrôle interne des branches ou régimes concernés.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 3 : Personnel

Section 1 : Dispositions générales.

Article L123-1

En ce qui concerne le personnel autre que les agents de direction et les agents comptables, les conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, de leurs unions ou fédérations, de leurs établissements et oeuvres sociales sont fixées par conventions collectives de travail et, en ce qui concerne d'une part le régime général, d'autre part le régime social des indépendants, par convention collective nationale.

Toutefois, les dispositions de ces conventions ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément de l'autorité compétente de l'Etat.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes de tous régimes de sécurité sociale sauf :

- 1°) aux caisses ayant la forme d'établissement public ;
- 2°) à la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ;
- 3°) aux organismes d'assurance vieillesse des professions libérales ;
- 4°) à la caisse nationale des barreaux français ;
- 5°) à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.

Dans les établissements de santé, les conséquences financières des conventions agréées prévues au premier alinéa ne sont pas opposables à l'autorité de tarification de ces établissements.

Article L123-2

Sous réserve des dispositions fixées par décret en Conseil d'Etat, les conditions de travail des agents de direction et de l'agent comptable font l'objet de conventions collectives spéciales qui ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément de l'autorité compétente de l'Etat.

Le présent article a le même champ d'application que l'article précédent.

Article L123-2-1

Les conditions de travail des praticiens conseils exerçant dans le service du contrôle médical du régime général et du régime social des indépendants font l'objet de conventions collectives spéciales qui ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément de l'autorité compétente de l'Etat.

Article L123-2-2

Les règles relatives au cumul d'activités et de rémunérations des fonctionnaires et agents non titulaires de droit public sont applicables aux agents de droit privé des organismes de sécurité sociale régis par les conventions collectives nationales. Pour ces agents, des adaptations à ces règles peuvent être apportées par décret en Conseil d'Etat.

Article L123-2-3

Les accords collectifs nationaux agréés en application des articles L. 123-1, L. 123-2 et L. 123-2-1 ainsi que leurs avenants sont applicables aux personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale salariés par des organismes habilités à recruter ces personnels.

Section 2 : Agents de direction et agents comptables

Sous-section 2 : Ecole nationale supérieure de sécurité sociale

Paragraphe 1 : Dispositions générales.

Article L123-3

La formation et le perfectionnement du personnel d'encadrement, des agents de direction et des agents comptables des organismes de sécurité sociale sont assurés par une Ecole nationale supérieure de sécurité sociale financée pour partie par les organismes ou régimes de sécurité sociale.

Les dispositions du précédent alinéa sont applicables aux organismes de sécurité sociale ainsi qu'à leurs unions et fédérations, à l'exception des organismes relevant des organisations autonomes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions libérales et de la caisse des Français de l'étranger.

Les organismes qui comptent un nombre d'agents inférieur à un minimum fixé par arrêté ministériel ou dont les ressources annuelles sont inférieures à un montant minimum fixé par le même arrêté peuvent être autorisés à déroger aux dispositions du premier alinéa.

Paragraphe 3 : Personnel.

Article L123-4

L'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale peut recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Les dispositions du chapitre Ier du titre IV du livre IV du code du travail sont applicables à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 4 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Article L124-1

Les pièces relatives à l'application de la législation de sécurité sociale sont délivrées gratuitement à la condition de s'y référer expressément.

En matière de droit de timbre et d'enregistrement, l'exonération des pièces relatives à l'application de la législation de sécurité sociale est régie par l'article 1083 du code général des impôts.

En ce qui concerne les droits de mutation à titre gratuit, l'exonération des libéralités faites aux organismes de sécurité sociale est régie par l'article 794-II du code général des impôts.

Article L124-2

En ce qui concerne le droit de timbre, l'exonération des affiches, imprimées ou non, apposées par les organismes de sécurité sociale, ayant pour objet exclusif la vulgarisation de la législation de la sécurité sociale, ainsi que de la publication de comptes rendus et conditions de fonctionnement de ces organismes, est régie par l'article 1083 du code général des impôts.

Article L124-3

En matière de droits de timbre et d'enregistrement et de taxe de publicité foncière, l'exonération des actes relatifs aux acquisitions d'immeubles et aux prêts que les caisses sont autorisées à effectuer est régi par l'article 1084 du code général des impôts.

Article L124-4

Les travaux, les fournitures, les prestations intellectuelles et les services pour le compte des organismes de droit privé jouissant de la personnalité civile assurant en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire d'assurance contre la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, le décès, le veuvage, les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de prestations familiales, ainsi que des unions ou fédérations desdits organismes, font l'objet de marchés dont le mode de passation et les conditions d'exécution respectent les garanties prévues en matière de marchés de l'Etat.

Les dispositions du premier alinéa sont également applicables aux groupements d'intérêt public et aux groupements d'intérêt économique financés majoritairement par un ou plusieurs organismes mentionnés au premier alinéa, ou par un ou plusieurs organismes nationaux cités à l'article L. 200-2.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par arrêté interministériel.

Article L124-5

Tout organisme de sécurité sociale, partie à une instance contentieuse, peut s'y faire représenter par un de ses administrateurs, un de ses employés ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale.

Article L124-6

Des décrets en Conseil d'Etat peuvent, pour certains régimes et en tant que de besoin, apporter les adaptations nécessaires aux dispositions des articles L. 121-1, L. 122-1, L. 123-1, L. 123-2 et L. 123-3.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 1er : Assiette et régime fiscal des cotisations

Section 1 : Cotisations et contributions sur les revenus de remplacement

Article L131-1

Les cotisations et contributions sociales dues sur les avantages de retraite et d'invalidité, les indemnités journalières, les allocations de chômage et de préretraite et les autres revenus mentionnés à l'article L. 131-2 et au 7° du II de l'article L. 136-2 sont, sous réserve du II bis de l'article L. 136-5, précomptées au moment du versement de ces avantages, indemnités, allocations ou revenus par l'organisme débiteur de ces revenus.

Article L131-1-1

Les cotisations d'assurance maladie assises sur les pensions servies au titre d'une activité professionnelle déterminée sont dues au régime d'assurance maladie correspondant à cette activité, même si le droit aux prestations d'assurance maladie est ouvert au titre d'un autre régime.

Article L131-2

Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les allocations et indemnités des travailleurs involontairement privés d'emploi ou placés en situation de cessation anticipée totale ou partielle d'activité versées en application des articles L. 1233-68 et L. 1233-72, du II de l'article L. 5122-1 et des articles L. 5123-2, L. 5123-3, L. 5421-2, L. 5422-1, L. 5424-6 et L. 5425-2 du code du travail, ainsi que de l'article L. 5343-18 du code des transports.

Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité en application de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 relative aux contrats de solidarité des collectivités locales ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles.

Le prélèvement de la cotisation ne peut avoir pour effet de réduire les avantages mentionnés au présent article à un montant net inférieur au seuil d'exonération établi en application des articles L. 242-12 et L. 711-2 du présent code et L. 741-14 du code rural et de la pêche maritime.

Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment les taux des cotisations.

Article L131-3

Les cotisations d'assurance maladie assises sur les revenus de remplacement et allocations mentionnés à l'article L. 131-2 sont dues au régime d'assurance maladie dont l'intéressé relevait à la date à laquelle le revenu de remplacement ou l'allocation lui a été attribué.

Section 3 : Exonération

Article L131-4

La part contributive de l'employeur dans les titres-restaurant est exonérée des cotisations de sécurité sociale sous les conditions prévues aux articles 81-19°, 231 bis F et 902,3,6° du code général des impôts.

Article L131-4-1

Les sommes versées par l'employeur à ses salariés en application des articles L. 3261-3 et L. 3261-3-1 du code du travail sont exonérées de toute cotisation d'origine légale ou d'origine conventionnelle rendue obligatoire par la loi, dans la limite prévue au b du 19° ter de l'article 81 du code général des impôts.

Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article L131-4-2

I. - Les gains et rémunérations, au sens de l'article L. 242-1 ou de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime, versés au cours d'un mois civil aux salariés embauchés dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts sont, dans les conditions fixées aux II et III, exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales conformément à un barème dégressif déterminé par décret et tel que l'exonération soit totale pour une rémunération horaire inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 50 % et devienne nulle pour une rémunération horaire égale ou supérieure au salaire minimum de croissance majoré de 140 %.

Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-5 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le

montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

Dans le cas où la périodicité de la négociation sur les salaires effectifs a été portée à une durée supérieure à un an en application de l'article L. 2242-20 dudit code, le deuxième alinéa du présent I n'est pas applicable pendant la durée fixée par l'accord. Au terme de cette durée ou si une organisation signataire a demandé que cette négociation soit engagée sans délai, lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-5 du même code, dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 dudit code, le montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

II. - Ouvrent droit à l'exonération prévue au I, lorsqu'elles n'ont pas pour effet de porter l'effectif total de l'entreprise à plus de cinquante salariés, les embauches réalisées par les entreprises et les groupements d'employeurs exerçant une activité artisanale, industrielle, commerciale, au sens de l'article 34 du code général des impôts, une activité agricole, au sens de l'article 63 du même code, ou non commerciale, au sens du 1 de l'article 92 du même code, à l'exclusion des organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications et des employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code.

Pour bénéficier de cette exonération, l'employeur ne doit pas avoir procédé à un licenciement au sens de l'article L. 1233-3 du code du travail dans les douze mois précédant la ou les embauches.

III. - L'exonération prévue au I est applicable, pour une durée de douze mois à compter de la date d'effet du contrat de travail, aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail et dont le contrat de travail est à durée indéterminée ou a été conclu en application du 2° de l'article L. 1242-2 du code du travail pour une durée d'au moins douze mois.

IV. - L'employeur qui remplit les conditions fixées ci-dessus en fait la déclaration par écrit à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle dans les trente jours à compter de la date d'effet du contrat de travail. A défaut d'envoi de cette déclaration dans le délai imparti, le droit à l'exonération n'est pas applicable aux cotisations dues sur les gains et rémunérations versés de la date de l'embauche au jour de l'envoi ou du dépôt de la déclaration, cette période étant imputée sur la durée d'application de l'exonération.

Le bénéfice de l'exonération ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'Etat à l'emploi ou d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

Article L131-4-3

L'exonération définie à l'article L. 131-4-2 est applicable, dans les mêmes conditions, aux gains et rémunérations versés aux salariés embauchés à compter du 1er novembre 2007 dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts par les organismes visés au 1 de l'article 200 du même code ayant leur siège social dans ces mêmes zones.

Section 4 : Régime fiscal

Article L131-5

En ce qui concerne l'assiette de l'impôt sur le revenu, la déduction des versements effectués à titre de cotisations de sécurité sociale tant par l'employeur que par l'assuré est régie par le 4° du II de l'article 156 du code général des impôts.

Section 5 : Cotisations sur les revenus d'activité des travailleurs non salariés des professions non agricoles

Article L131-6

Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 du présent code sont assises sur leur revenu d'activité non salarié.

Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des exonérations, du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues aux deuxième et dernier alinéas du 3° de l'article 83 du même code. En outre, les cotisations versées aux régimes facultatifs mentionnées au second alinéa du I de l'article 154 bis du même code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant le 13 février 1994.

Est également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.

Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application de la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Article L131-6-1

Par dérogation à l'article L. 131-6-2 et au premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail, le travailleur indépendant non agricole ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 du présent code peut demander qu'il ne lui soit exigé aucune cotisation ou contribution, provisionnelle ou définitive, pendant les douze premiers mois suivant le début de l'activité non salariée.

Les cotisations définitives dues au titre de cette période peuvent faire l'objet, à la demande du travailleur non salarié, d'un paiement par fractions annuelles sur une période qui ne peut excéder cinq ans. Chaque fraction annuelle ne peut être inférieure à 20 % du montant total des cotisations dues. Le bénéfice de cet étalement n'emporte aucune majoration de retard.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être obtenu plus d'une fois par période de cinq ans, au titre d'une création ou reprise d'entreprise.

Le présent article n'est pas applicable à raison d'une modification des conditions dans lesquelles une entreprise exerce son activité.

Article L131-6-2

Les cotisations des travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont dues annuellement. Leurs taux respectifs sont fixés par décret.

Elles sont calculées, à titre provisionnel, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur la base d'un revenu forfaitaire fixé par décret après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés. Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée est définitivement connu, les cotisations provisionnelles, à l'exception de celles dues au titre de la première année d'activité, sont recalculées sur la base de ce revenu.

Lorsque le revenu d'activité de l'année au titre de laquelle elles sont dues est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation sur la base de ce revenu.

Par dérogation au deuxième alinéa, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession du cotisant au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le montant et les conditions d'application de cette majoration sont fixés par décret.

Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées dans les conditions prévues à l'article L. 242-12-1.

Article L131-6-3

Sauf demande contraire de leur part effectuée dans des conditions fixées par décret, les montants minimaux de cotisations prévus, pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, au deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 635-1 et au dernier alinéa de l'article L. 635-5 et, pour les professions libérales, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, aux articles L. 644-1 et L. 644-2 ne sont pas applicables, sous certaines conditions déterminées par décret, aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale dues par les personnes mentionnées à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 842-1 du présent code. "

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 1er bis : Mesures visant à garantir les ressources de la sécurité sociale

Article L131-7

Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application.

Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi.

La règle définie au premier alinéa s'applique également :

1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;

2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée.

A compter de la date de publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée, tout transfert de charges opéré entre l'Etat et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre lesdits régimes ou organismes et le budget de l'Etat.

Le premier alinéa du présent article n'est pas applicable à l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 242-1, aux réductions et aux exonérations prévues aux articles L. 241-6-1, L. 241-6-4 et L. 241-13 et au second alinéa de l'article L. 242-11, ainsi qu'à la réduction de la contribution mentionnée au premier alinéa de l'article L. 651-1 résultant de l'abattement d'assiette prévu à l'article L. 651-3, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Article L131-8

Les organismes de sécurité sociale et les fonds mentionnés au présent article perçoivent le produit d'impôts et taxes dans les conditions fixées ci-dessous :

1° Le produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code, est versé :

- à la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 61,1 % ;
- à la branche mentionnée au 4° du même article, pour une fraction correspondant à 19,2 % ;
- à la branche mentionnée au 1° du même article, pour une fraction correspondant à 17,2 % ;
- au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour une fraction correspondant à 2,5 % ;

2° Le produit de la taxe mentionnée à l'article 1010 du code général des impôts est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 du présent code ;

3° (Abrogé) ;

4° La fraction du produit de la taxe mentionnée au b de l'article 1001 du code général des impôts est affectée à la Caisse nationale des allocations familiales ;

5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14, L. 137-18 et L. 137-19 et au deuxième alinéa de l'article L. 137-24 est affecté à la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 ;

6° Le produit du droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs mentionné à l'article 568 du code général des impôts est versé à la branche mentionnée au même 1° ;

7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :

- a) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 57,28 % ;
- b) A la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 9,19 % ;
- c) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 17,6 % ;
- d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;
- e) A la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 7,99 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;
- f) A l'Etablissement national des invalides de la marine, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, pour une fraction correspondant à 0,38 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;
- g) Au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), pour une fraction correspondant à 0,31 % ;
- h) Au fonds mentionné à l'article L. 862-1 du présent code, pour une fraction correspondant à 3,15 % ;

- i) A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour une fraction correspondant à 1,96 % ;
- j) Au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac, pour une fraction correspondant à 0,25 %.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir entre leurs affectataires le produit des taxes et des impôts mentionnés au présent article. La répartition entre les affectataires est effectuée en appliquant les fractions définies au présent article pour leur valeur en vigueur à la date du fait générateur de ces taxes et impôts.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 1er ter : Suppression de cotisations

Article L131-9

Les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés qui ne sont pas dues par les personnes visées à l'alinéa suivant sont supprimées lorsque le taux de ces cotisations, en vigueur au 31 décembre 1997, est inférieur ou égal à 2,8 % pour les revenus de remplacement, à 4,75 % pour les revenus d'activité.

Des taux particuliers de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge des assurés sont applicables aux revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies à l'article L. 136-1 et qui bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1. Ces taux particuliers sont également applicables aux personnes bénéficiant de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1 exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 et de leurs revenus de remplacement qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu. Ils sont également applicables aux redevances mentionnées au IV de l'article L. 136-6 versées aux personnes qui ne remplissent pas la condition de résidence fiscale fixée au I du même article (1).

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 2 : Prise en charge par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux interruptions volontaires de grossesse mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique

Article L132-1

L'intégralité des dépenses exposées à l'occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique est prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions permettant, pour les personnes visées à l'alinéa précédent, de respecter l'anonymat dans les procédures de prise en charge.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 3 : Recouvrement des cotisations et versement des prestations

Section 1 : Procédure sommaire

Article L133-1

Lorsque le recouvrement est assuré par le Trésor comme en matière de contributions directes, il est effectué sur les cotisations recouvrées au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2, un prélèvement pour frais de perception dont le taux et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté ministériel.

La procédure de recouvrement prévue au présent article ne peut être mise en oeuvre que dans le délai mentionné à l'article L. 244-11.

Section 3 : Dispositions diverses

Article L133-2

Les dispositions de l'article L. 243-3 peuvent être rendues applicables, avec, éventuellement, les adaptations nécessaires, par décrets en Conseil d'Etat, à tous organismes de sécurité sociale jouissant de la personnalité civile et soumis au contrôle de la Cour des comptes en application des dispositions des articles L. 154-1 et L. 154-2.

Article L133-3

Les organismes de sécurité sociale sont autorisés à différer ou à abandonner la mise en recouvrement ou en paiement de leurs créances ou de leurs dettes à l'égard des cotisants ou des assurés ou des tiers en deçà des montants et dans des conditions fixés par décret.

L'admission en non-valeur des créances autres que les cotisations sociales, les impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil ou le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.

Article L133-4

En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;

2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8,

l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.

L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification.

Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise.

Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des quatre alinéas qui précèdent.

Article L133-4-1

En cas de versement indu d'une prestation, hormis les cas mentionnés à l'article L. 133-4 et les autres cas où une récupération peut être opérée auprès d'un professionnel de santé, l'organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie ou d'accidents du travail et de maladies

professionnelles récupère l'indu correspondant auprès de l'assuré. Celui-ci, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance des frais, peut, sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par un ou plusieurs versements ou par retenue sur les prestations à venir en fonction de la situation sociale du ménage.

L'organisme mentionné au premier alinéa informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en oeuvre de la procédure visée au présent article.

Article L133-4-2

Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail.

Lorsque l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au premier alinéa du présent article et pratiquées au cours d'un mois civil, lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés au cours de ce mois sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du même code.

Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale.

Article L133-4-3

Lorsqu'un redressement a pour origine la mauvaise application d'une mesure d'exonération des cotisations ou contributions de sécurité sociale portant sur les titres-restaurant visés à l'article L. 131-4, ce redressement ne porte que sur la fraction des cotisations et contributions indûment exonérées ou réduites, sauf en cas de mauvaise foi ou d'agissements répétés du cotisant.

Article L133-4-4

Lorsqu'un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie prend en charge, pour une personne résidant dans un établissement mentionné aux I, II et IV bis de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs afférents aux soins fixés en application de l'article L. 314-2 du même code, les sommes en cause, y compris lorsque celles-ci ont été prises en charge dans le cadre de la dispense d'avance des frais, sont déduites par la caisse mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code, sous réserve que l'établissement n'en conteste pas

le caractère indu, des versements ultérieurs que la caisse alloue à l'établissement au titre du forfait de soins. Les modalités de reversement de ces sommes aux différents organismes d'assurance maladie concernés sont définies par décret.

L'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement à la personne de la somme en cause. Elle s'ouvre par l'envoi à l'établissement d'une notification du montant réclamé.

La commission de recours amiable de la caisse mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause.

Article L133-4-5

Lorsqu'il est constaté que le donneur d'ordre n'a pas rempli l'une des obligations définies à l'article L. 8222-1 du code du travail et que son cocontractant a, au cours de la même période, exercé un travail dissimulé par dissimulation d'activité ou d'emploi salarié, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions dont le donneur d'ordre a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses salariés. Le donneur d'ordre ou le maître d'ouvrage encourt la même sanction, dans les mêmes conditions, lorsqu'il est constaté qu'il a manqué à l'obligation mentionnée à l'article L. 8222-5 du code du travail.

L'annulation s'applique pour chacun des mois au cours desquels les conditions mentionnées au premier alinéa du présent article sont vérifiées. Elle est calculée selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas de l'article L. 133-4-2, sans que son montant global puisse excéder 15 000 € pour une personne physique et 75 000 € pour une personne morale.

Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L133-4-6

La prescription est interrompue par une des causes prévues par le code civil. A l'exception des taxes, cotisations et contributions dues ou recouvrées par les organismes chargés du recouvrement, l'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quels qu'en aient été les modes de délivrance.

Article L133-4-7

Lorsque dans l'exercice de son activité professionnelle l'entrepreneur individuel à responsabilité limitée dont le statut est défini aux articles L. 526-6 à L. 526-21 du code de commerce a, par des manœuvres frauduleuses ou à la suite de l'inobservation grave et répétée des prescriptions de la législation de la sécurité sociale, rendu impossible le recouvrement des cotisations et contributions sociales et des pénalités et majorations afférentes dont il est redevable au titre de cette activité, le recouvrement de ces sommes peut être recherché sur la totalité de ses biens et droits dès lors que le tribunal compétent a constaté la réalité de ces agissements.

Article L133-4-8

I.-Les redressements opérés dans le cadre d'un contrôle effectué en application des articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime et relatif à l'application des règles liées au caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire mentionné au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code portent sur le montant global des cotisations dues sur les contributions que les employeurs ont versées pour le financement de ces garanties.

II.-Par dérogation au I du présent article et dans les conditions définies au présent II, l'agent chargé du contrôle réduit le redressement à hauteur d'un montant calculé sur la seule base des sommes faisant défaut ou excédant les contributions nécessaires pour que la couverture du régime revête un caractère obligatoire et collectif, au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 et des textes pris pour son application, sous réserve que l'employeur reconstitue ces sommes de manière probante.

Le redressement ainsi réduit est fixé à hauteur :

1° D'une fois et demie ces sommes, lorsque le motif du redressement repose sur l'absence de production d'une demande de dispense ou de tout autre document ou justificatif nécessaire à l'appréciation du caractère obligatoire et collectif ;

2° De trois fois ces sommes, dans les cas autres que ceux mentionnés au 1° et lorsque le manquement à l'origine du redressement ne révèle pas une méconnaissance d'une particulière gravité des règles prises en application du sixième alinéa de l'article L. 242-1.

Lorsque le manquement à l'origine du redressement révèle une méconnaissance d'une particulière gravité des règles liées au caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire mentionné au même alinéa, l'agent chargé du contrôle en informe l'employeur, en justifiant sa décision dans le cadre de la procédure contradictoire préalable à la fin du contrôle.

Le montant du redressement ainsi établi par l'agent chargé du contrôle ne peut être supérieur à celui résultant de l'assujettissement de l'ensemble des contributions de l'employeur au financement du régime.

III.-Le II du présent article n'est pas applicable lorsque le redressement procède d'un cas d'octroi d'avantage personnel ou d'une discrimination, au sens de l'article 1er de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, lorsque l'irrégularité en cause a déjà fait l'objet d'une observation lors d'un précédent contrôle, dans la limite des cinq années civiles qui précèdent l'année où est initié le contrôle, ou lorsqu'est établie au cours de cette période l'une ou l'autre des situations suivantes :

1° Une situation de travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

2° Une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

3° Une situation d'abus de droit, défini à l'article L. 243-7-2.

IV.-Par dérogation à l'article L. 243-1, les employeurs ne peuvent, dans les cas prévus au présent article, demander aux salariés le remboursement des cotisations salariales dues sur les montants donnant lieu à redressement.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 3 bis : Modernisation et simplification des déclarations sociales ainsi que du recouvrement des cotisations et contributions sociales

Section 1 : Modernisation et simplification des formalités au regard des employeurs

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article L133-5

Les déclarations sociales que les entreprises et autres cotisants sont tenus d'adresser aux organismes gérant des régimes de protection sociale relevant du présent code et du code rural et de la pêche maritime ou visés aux articles L. 3141-30 et L. 5427-1 du code du travail peuvent être faites par voie électronique soit directement auprès de chacun de ces organismes, soit auprès d'un organisme désigné par eux à cet effet et agréé ou, à défaut, désigné par l'Etat.

L'accusé de réception des déclarations effectuées par voie électronique est établi dans les mêmes conditions.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de l'agriculture fixe la liste des déclarations et la date à compter de laquelle celles-ci peuvent être effectuées par voie électronique.

Pour les déclarations devant être accompagnées d'un paiement, l'inscription au service de télépaiement dispense l'entreprise ou autre cotisant, à l'égard des organismes visés au premier alinéa du présent article, de toute autre formalité préalable à l'utilisation du télépaiement. La transmission aux établissements de crédit de l'adhésion de l'entreprise ou autre cotisant à ce service de télépaiement pourra être effectuée par voie électronique dans des conditions fixées par convention conclue entre les établissements de crédit et les organismes visés au premier alinéa.

Article L133-5-1

Toute association employant moins de dix salariés, qui ne peut ou ne souhaite recourir au service prévu à l'article L. 133-5, bénéficie d'un service d'aide à l'accomplissement de ses obligations déclaratives en matière sociale, dénommé "service emploi associations". Ce service est organisé par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, les caisses générales de sécurité sociale et

les caisses de mutualité sociale agricole dans leurs champs respectifs de compétence ou par un tiers après signature d'une convention avec l'un de ces organismes. Les relations entre l'association employeur et le tiers sont régies par une convention qui peut prévoir une participation financière de l'association au fonctionnement du service, dans une limite fixée par décision de l'autorité administrative.

Ce service permet à l'association :

1° De recevoir les documents ou modèles de documents nécessaires au respect des obligations qui lui incombent en application des articles L. 121-1, L. 122-3-1, L. 122-16, L. 143-3, L. 212-4-3 et L. 320 du code du travail ;

2° D'obtenir le calcul des rémunérations dues aux salariés en application du présent code et des conventions collectives ainsi que de l'ensemble des cotisations et contributions d'origine légale et des cotisations et contributions conventionnelles rendues obligatoires par la loi ;

3° D'effectuer les déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales qui doivent être adressées aux organismes gérant les régimes mentionnés au présent code, au code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 351-21 du code du travail.

Les cotisations et contributions sociales des associations ayant recours au "service emploi associations" sont réglées par virement ou par tout autre mode de paiement dématérialisé proposé par l'organisme de recouvrement.

Article L133-5-2

Lorsque l'employeur utilise le " Titre Emploi-Service Entreprise ", les cotisations et contributions dues au titre de l'emploi du salarié sont recouvrées et contrôlées par un organisme habilité par décret selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires. Les modalités de transmission des déclarations aux régimes pour le compte desquels sont recouvrées ces cotisations et contributions et les modalités de répartition des versements correspondants font l'objet d'accords entre les organismes nationaux gérant ces régimes. A défaut d'accord, ces modalités sont fixées par décret. Les modalités déclaratives liées à l'utilisation du titre emploi-service entreprise sont fixées par décret.

Article L133-5-3

I.-Tout employeur de personnel salarié ou assimilé adresse à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative établissant pour chacun des salariés ou assimilés le lieu d'activité et les caractéristiques du contrat de travail, les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois, les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant au cours de ce mois, ainsi que, le cas échéant, une régularisation au titre des données inexactes ou incomplètes transmises au cours des mois précédents. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les données de cette déclaration servent au recouvrement des cotisations, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des salariés en matière d'assurances sociales, de prévention de la pénibilité et de formation, à la détermination du taux de certaines cotisations, au versement de certains revenus de remplacement ainsi qu'à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions.

II.-La transmission de la déclaration sociale nominative permet aux employeurs d'accomplir les formalités déclaratives suivantes :

1° Les déclarations effectuées :

a) Auprès des organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 213-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, des caisses mentionnées à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime, des organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire obligatoire en application du chapitre Ier du titre II du livre IX ou de la gestion d'un régime de protection sociale complémentaire institué en application de l'article L. 911-1 du présent code, de Pôle emploi ou des services de l'Etat ;

b) Et qui sont nécessaires au calcul des droits des salariés aux prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail et maladies professionnelles en espèces et aux prestations mentionnées à l'article L. 5421-2 du code du travail, ainsi qu'au respect de l'obligation mentionnée à l'article L. 1221-16 du même code ;

2° La déclaration prévue à l'article 87 du code général des impôts ;

3° Toute autre déclaration portant sur les mêmes données que celles transmises au titre des déclarations mentionnées aux 1° et 2°, lorsque la déclaration sociale nominative permet de s'y substituer.

III.-Les modalités d'application du présent article, la liste des déclarations et formalités auxquelles elle se substitue ainsi que le délai à l'issue duquel l'employeur ayant rempli la déclaration sociale nominative est réputé avoir accompli ces déclarations ou ces formalités sont précisés par décret en Conseil d'Etat.

Article L133-5-4

Le défaut de production de la déclaration mentionnée à l'article L. 133-5-3 dans les délais prescrits, l'omission de données devant y figurer ou l'inexactitude des données déclarées entraînent l'application d'une pénalité.

Cette pénalité est fixée par décret en Conseil d'Etat dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque salarié ou assimilé pour lequel est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude.

Elle est recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations.

Article L133-5-5

I. - Tout employeur est tenu d'effectuer les déclarations pour le calcul de ses cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret. Les seuils au-delà desquels ces formalités s'imposent sont fixés par décret, en fonction du montant des cotisations et contributions sociales.

II. - La méconnaissance de l'obligation de déclaration prévue au I entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée. La méconnaissance de l'obligation de versement prévue au même I entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Ces majorations sont versées auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces cotisations et contributions.

Sous-section 2 : Dispositifs simplifiés de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales

Article L133-5-6

Peuvent utiliser, à leur demande, un dispositif simplifié de déclaration et de recouvrement de cotisations et de contributions sociales auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 :

1° Les entreprises, autres que celles mentionnées à l'article L. 7122-22 du code du travail ou dont les salariés relèvent du régime agricole, qui emploient moins de vingt salariés ;

2° Lorsqu'elles emploient moins de vingt salariés, les associations à but non lucratif et les fondations dotées de la personnalité morale, ainsi que, quel que soit le nombre de leurs salariés, les associations de financement électoral mentionnées à l'article L. 52-5 du code électoral, à l'exception des associations relevant du régime obligatoire de protection sociale des salariés agricoles ;

3° Les particuliers qui emploient des salariés relevant du champ des services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail ;

4° Les particuliers qui emploient des salariés exerçant une activité de garde d'enfants ;

5° Les employeurs agricoles mentionnés à l'article L. 712-2 du code rural et de la pêche maritime ;

6° Les particuliers qui ont recours à des stagiaires aides familiaux placés au pair (1) ;

7° Les particuliers accueillis par les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles.

Lorsqu'un employeur adhère à un dispositif simplifié, il l'utilise pour l'ensemble de ses salariés.

Article L133-5-7

Dans le respect des dispositions propres à chaque dispositif, les dispositifs mentionnés à l'article L. 133-5-6 permettent aux employeurs de :

1° Déclarer et payer les cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle prévues par la loi, ainsi que, le cas échéant et dans des conditions fixées par convention, d'autres cotisations et contributions sociales ;

2° Satisfaire aux formalités obligatoires liées à l'embauche et à l'emploi de leurs salariés.

Article L133-5-8

Tout employeur utilisant les dispositifs simplifiés mentionnés à l'article L. 133-5-6 est tenu de procéder par voie dématérialisée à son adhésion, à l'identification du ou des salariés, à la déclaration des rémunérations versées ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi du salarié.

L'employeur ayant recours à ces dispositifs et son salarié reçoivent, chacun pour ce qui les concerne, par voie dématérialisée, un décompte des cotisations et contributions, une attestation fiscale et le bulletin de paie mentionné à l'article L. 3243-2 du code du travail ou, à destination des accueillants familiaux mentionnés au 7° de l'article L. 133-5-6 du présent code, le relevé mensuel des contreparties financières définies à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. La délivrance du bulletin de paie par l'organisme de recouvrement au salarié se substitue à sa remise par l'employeur prévue à l'article L. 3243-2 du code du travail. Les modalités de ces transmissions sont fixées par décret.

Par dérogation aux deux précédents alinéas, lorsqu'ils ne sont pas en capacité de procéder à ces déclarations et formalités par voie dématérialisée, les employeurs mentionnés aux 3°, 5° et 6° de l'article L. 133-5-6 et les particuliers mentionnés au 7° du même article L. 133-5-6 peuvent, sur demande auprès de l'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10, y procéder sur des supports papier et recevoir les documents mentionnés au précédent alinéa sur papier également.

Article L133-5-9

L'organisme mentionné à l'article L. 133-5-10 est chargé, pour le compte des employeurs ayant recours aux dispositifs simplifiés prévus à l'article L. 133-5-6, d'établir les formalités et déclarations auxquelles la déclaration sociale nominative mentionnée à l'article L. 133-5-3 se substitue.

Article L133-5-10

Les cotisations et contributions dues par les employeurs utilisant les dispositifs mentionnés à l'article L. 133-5-6 sont recouvrées et contrôlées par un organisme désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou, pour les employeurs agricoles, par les caisses de mutualité sociale agricole dont ils relèvent, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale assises sur les salaires.

Un bilan des contrôles effectués auprès des personnes optant pour ces dispositifs ainsi que pour le service mentionné à l'article L. 133-5-1 est réalisé annuellement par les organismes de sécurité sociale et transmis à leur tutelle.

Article L133-5-11

Les modalités de transmission des déclarations aux régimes pour le compte desquels sont recouvrées les cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-5-10 ainsi que les modalités des versements correspondants font l'objet de conventions entre les organismes gérant ces régimes.

Section 2 : Interlocuteur social unique pour les indépendants

Article L133-6

Les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales disposent d'un interlocuteur social unique pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales, dont elles sont redevables à titre personnel, mentionnées aux articles L. 131-6, L. 136-3, L. 612-13, L. 635-1 et L. 635-5 du présent code, aux articles L. 6331-48 à L. 6331-52 du code du travail et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Les caisses de base du régime social des indépendants créé par le titre Ier du livre VI exercent cette mission de l'interlocuteur social unique.

Article L133-6-1

Le régime social des indépendants affine les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales redevables des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-6. Il affine également les membres des professions libérales au titre de la branche maladie et maternité du régime.

Article L133-6-2

I.-Les travailleurs indépendants relevant du régime social des indépendants souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. Le régime social des indépendants peut déléguer par convention tout ou partie de la collecte et du traitement de ces déclarations aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, pour les travailleurs indépendants relevant du c du 1° de l'article L. 613-1, aux organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20.

II.-Lorsque les données relèvent de l'article L. 642-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 641-1.

Lorsque les données concernent la cotisation due par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 les transmettent aux organismes mentionnés à l'article L. 611-3.

Article L133-6-3

Le régime social des indépendants délègue aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour son compte et sous son appellation, les fonctions suivantes :

1° Le calcul et l'encaissement des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales. Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 transmettent le montant des cotisations et

contributions sociales encaissées à l'organisme mentionné à l'article L. 225-1, qui transfère à la Caisse nationale du régime social des indépendants le produit des cotisations lui revenant ;

2° La participation à l'accueil et à l'information des personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, dans le cadre d'une convention type signée avec les caisses de base du régime social des indépendants.

Article L133-6-4

I.-Le régime social des indépendants définit les orientations du recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales.

Le régime social des indépendants assure le recouvrement amiable des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales. Il peut déléguer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui agissent pour son compte et sous son appellation, tout ou partie du recouvrement amiable des cotisations et contributions sociales.

Le régime social des indépendants assure le recouvrement contentieux des cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-6 dont sont redevables les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, conformément aux dispositions du chapitre IV du titre IV du livre II.

II.-A défaut d'encaissement à la date d'échéance ou à la date limite de paiement lorsque celle-ci est distincte, la mise en demeure prévue à l'article L. 244-2 invitant le cotisant à régulariser sa situation est transmise par la caisse du régime social des indépendants chargée du contentieux.

En l'absence de régularisation et sauf réclamation introduite devant la commission de recours amiable de la caisse de base du régime social des indépendants, la caisse chargée du contentieux adresse la contrainte mentionnée à l'article L. 244-9.

III.-En cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions sociales du régime social des indépendants, les contributions mentionnées aux articles L. 136-3 et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont prélevées par priorité et dans des proportions identiques sur les sommes recouvrées. Le solde éventuel est affecté aux cotisations selon un ordre fixé par décret.

Article L133-6-5

Le régime social des indépendants définit les orientations en matière de contrôle.

Le contrôle de la législation sociale applicable au recouvrement des cotisations et des contributions des personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales est délégué, par dérogation à l'article L. 611-16, aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et s'exerce dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II.

Article L133-6-6

Il est créé auprès de la Caisse nationale du régime social des indépendants un Fonds national d'action sociale destiné à financer des actions pour venir en aide aux travailleurs indépendants appartenant aux groupes professionnels mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3, éprouvant des difficultés pour régler les cotisations et contributions sociales dues auprès de ce régime.

Ce fonds est administré par une commission d'action sociale composée de représentants du conseil d'administration mentionné à l'article L. 611-5 et désignés en son sein.

Un décret en Conseil d'Etat fixe le taux du prélèvement à opérer sur les ressources de chaque régime pour alimenter le fonds, les modalités de répartition des ressources de ce fonds entre les caisses de base du régime social des indépendants ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission d'action sociale.

Section 2 bis : Modernisation et simplification des formalités au regard des travailleurs indépendants

Article L133-6-7

Les travailleurs indépendants, ou les futurs travailleurs indépendants, reçoivent de la part des organismes en charge du recouvrement de leurs cotisations et contributions de sécurité sociale une information concertée et coordonnée portant sur l'ensemble des droits et obligations en matière de prestations et de cotisations et contributions de sécurité sociale résultant d'une activité professionnelle emportant assujettissement à ces cotisations et contributions, ainsi que, à leur demande, une simulation de calcul indicative de ces dernières ; cette information peut être réalisée sur supports papier et électronique, par voie téléphonique et par l'accueil des intéressés.

Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole mentionnées au premier alinéa de l'article L. 131-6 reçoivent un document indiquant le montant et les dates d'échéance de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale et contributions dont elles sont redevables l'année suivante au regard de leurs derniers revenus connus suivant des modalités fixées soit par une convention conclue à cet effet entre tout ou partie des organismes en charge du recouvrement desdites cotisations et contributions, soit, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Lorsque les travailleurs indépendants sont redevables à l'égard d'un ou plusieurs organismes chargés du recouvrement d'une dette de cotisations ou contributions sociales visées au premier alinéa dont le montant et l'ancienneté sont fixés par décret, ces organismes mettent en oeuvre un recouvrement amiable et contentieux, concerté et coordonné.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article L133-6-7-1

A défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenus au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus

exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'Etat. Elle prend effet au terme de la dernière année au titre de laquelle le revenu ou le chiffre d'affaires est connu.

L'organisme qui prononce cette radiation en informe les administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité prévues à l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Lorsque le travailleur indépendant est inscrit à un ordre professionnel, celui-ci en est également informé.

Article L133-6-7-2

I.-Les travailleurs indépendants non agricoles sont tenus d'effectuer les déclarations pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales et de procéder au versement de celles-ci par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

II.-Pour les travailleurs indépendants ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8, les obligations prévues au I du présent article s'imposent au-delà d'un seuil fixé, par décret, en fonction du montant du revenu défini à l'article L. 131-6.

III.-Pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8, les obligations prévues au I du présent article s'imposent :

1° Lorsque le montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes dépasse un seuil fixé par décret, aux travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 auxquels ne s'applique pas le montant minimal de cotisations et de contributions de sécurité sociale prévu aux trois derniers alinéas du I du même article en application du I de l'article L. 613-7-1 ;

2° Lorsque le montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes dépasse un seuil fixé par décret, aux autres travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8.

IV.-La méconnaissance des obligations prévues au I du présent article entraîne l'application des majorations prévues au II de l'article L. 133-5-5.

V.-Les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont tenus de déclarer par voie dématérialisée la création de leur entreprise auprès de l'organisme mentionné au deuxième alinéa de l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dans des conditions fixées par décret.

Section 2 ter : Règlement simplifié des cotisations et contributions des travailleurs indépendants # Régime micro-social

Article L133-6-8

I.-Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dont sont redevables les travailleurs indépendants mentionnés au II du présent article bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code

général des impôts sont calculées mensuellement ou trimestriellement, en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux global fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée aux mêmes articles, de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et des contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants ne relevant pas du régime prévu au présent article. Un taux global différent peut être fixé par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux global ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés auxdits articles 50-0 ou 102 ter, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts peuvent demander que leurs cotisations ne soient pas inférieures au montant minimal de cotisations de sécurité sociale fixé :

1° Pour les professions artisanales, industrielles et commerciales, en application du deuxième alinéa des articles L. 612-13 et L. 633-10 et du dernier alinéa de l'article L. 635-5 ainsi que, le cas échéant, du quatrième alinéa de l'article L. 635-1 ;

2° Pour les professions libérales, en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-1 et, le cas échéant, des articles L. 644-1 et L. 644-2.

Cette demande est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle pour laquelle le régime prévu au présent article doit être appliqué ou, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de cette création. Elle s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions.

Les cotisations et contributions sociales des personnes qui ont effectué la demande mentionnée au deuxième alinéa du présent article sont calculées et recouvrées selon les dispositions prévues aux articles L. 131-6-1 et L. 131-6-2.

II.-Le présent article s'applique aux travailleurs indépendants relevant des professions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 et à ceux relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse. Le bénéfice de ces dispositions peut être étendu par décret, pris après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés, à tout ou partie des cotisations et des contributions de sécurité sociale dues par les autres travailleurs indépendants.

III.-Le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer à la date à laquelle les travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Par dérogation, le régime prévu au présent article cesse de s'appliquer au 31 décembre de l'année au cours de laquelle sont exercées les options prévues au 4 du même article 50-0 et au 5 du même article 102 ter.

IV.-Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants relevant du régime prévu au présent article sont calculées, à la demande de ces derniers, sur la base soit d'un revenu forfaitaire, soit d'un pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes du chef d'entreprise.

V.-Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Article L133-6-8-1

Les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8 déclarent chaque mois, ou au maximum chaque trimestre, leur chiffre d'affaires ou leurs recettes, y compris lorsque leur montant est nul. Les modalités d'application à ces travailleurs indépendants de l'article L. 242-12-1 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II, notamment les majorations et les pénalités applicables en cas de défaut ou de retard de déclaration, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Les cotisations et les contributions de sécurité sociale dues par les conjoints collaborateurs de ces travailleurs indépendants sont recouvrées simultanément, dans les mêmes formes et conditions que celles dues personnellement par ces travailleurs indépendants.

Article L133-6-8-3

L'affectation des sommes recouvrées au titre des bénéficiaires du régime mentionné à l'article L. 133-6-8 s'effectue par priorité à l'impôt sur le revenu puis, dans des proportions identiques, aux contributions mentionnées à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Le solde est affecté aux cotisations de sécurité sociale selon un ordre déterminé par décret.

Article L133-6-8-4

Le travailleur indépendant qui a opté pour l'application de l'article L. 133-6-8 du présent code est tenu de dédier un compte ouvert dans un des établissements mentionnés à l'article L. 123-24 du code de commerce à l'exercice de l'ensemble des transactions financières liées à son activité professionnelle.

Section 2 quater : Droits des cotisants

Article L133-6-9

I. - Les organismes du régime social des indépendants se prononcent de manière explicite sur toute demande d'un cotisant ou futur cotisant relevant de ce régime en application de l'article L. 611-1, ayant pour objet de connaître l'application à sa situation de la législation relative aux exonérations de cotisations de sécurité sociale dues à titre personnel et aux conditions d'affiliation au régime social des indépendants.

II. - La décision explicite intervient dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat. Ce décret peut également prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite.

Lorsqu'à l'issue du délai imparti l'organisme de recouvrement n'a pas notifié au demandeur sa décision, il ne peut être procédé à un redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.

La décision ne s'applique qu'au seul demandeur et est opposable pour l'avenir à l'organisme qui l'a prononcée, tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation du demandeur a été appréciée n'ont pas été modifiées.

Un cotisant affilié auprès d'un nouvel organisme peut se prévaloir d'une décision explicite prise par l'organisme dont il relevait précédemment tant que la situation de fait exposée dans sa demande ou la législation au regard de laquelle sa situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.

Un rapport est réalisé chaque année sur les principales questions posées et les réponses apportées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

III. - La demande du cotisant ne peut être formulée lorsqu'un contrôle a été engagé en application de l'article L. 133-6-5 ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.

Le régime social des indépendants délègue aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, dans les matières pour lesquelles ils agissent pour son compte et sous son appellation, le traitement de toute demande relative aux exonérations mentionnées au I, ou relatives aux matières qui relèvent de leur compétence propre.

Ces organismes se prononcent dans les mêmes conditions sur les demandes relatives aux matières qui relèvent de leur compétence propre.

Lorsque ces organismes, dans les matières mentionnées au deuxième alinéa du III alinéa, ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 611-8, entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de la Caisse nationale du régime social des indépendants. Celle-ci transmet aux organismes sa position quant à l'interprétation à retenir. Ceux-ci la notifient au demandeur dans le délai d'un mois de manière motivée, en indiquant les possibilités de recours.

Article L133-6-10

Les organismes gestionnaires des régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 641-1 et L. 723-1 doivent se prononcer dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'article L. 133-6-9 sur toute demande relative aux conditions d'affiliation à l'un de ces régimes ou à l'une de leurs sections professionnelles.

Lorsqu'ils entendent modifier pour l'avenir leur décision, ils en informent le cotisant.

Section 3 : Recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les particuliers employeurs

Article L133-7

L'ensemble des cotisations et contributions sociales dues au titre des rémunérations versées aux salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail et aux personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime sont recouvrées sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires et au recouvrement des cotisations du régime de protection sociale des salariés des professions agricoles assises sur les salaires.

Des conventions fixent les conditions dans lesquelles les institutions mentionnées au livre IX délèguent le recouvrement des cotisations d'origine légale ou conventionnelle qui leur sont dues aux organismes de recouvrement du régime général et, pour les salariés relevant du régime agricole, aux caisses de mutualité sociale agricole.

Section 4 : Modernisation et simplification des formalités pour les particuliers employeurs

Sous-section 1 : Chèque emploi-service universel

Article L133-8-3

Lorsque l'employeur bénéficie d'une prise en charge des cotisations et contributions sociales en tant que bénéficiaire de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé, le montant de cette prise en charge est déterminé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-8 du présent code au vu des éléments déclarés par l'employeur, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de versement des cotisations et contributions correspondantes, directement auprès de cet organisme, par le département qui sert l'allocation pour le compte de l'employeur et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge sont prévues par décret.

Sous-section 2 : Chèque-emploi associatif

Section 5 : Guichet unique pour le spectacle vivant

Article L133-9

Les groupements d'artistes et les personnes physiques ou morales, publiques ou privées, mentionnés à l'article L. 7122-22 du code du travail, lorsqu'ils exercent l'activité d'entrepreneur de spectacles vivants, procèdent auprès d'un organisme habilité par l'Etat au versement de l'ensemble des cotisations et contributions sociales, d'origine légale ou conventionnelle, prévues par la loi, ainsi que, le cas échéant et dans des conditions fixées par convention, d'autres cotisations et contributions sociales, et se rapportant uniquement à leur activité de spectacle.

Article L133-9-1

L'organisme habilité par l'Etat mentionné à l'article L. 133-9 recouvre les cotisations et contributions pour le compte des administrations et organismes devant conclure l'une des conventions mentionnées à l'alinéa suivant.

Des conventions homologuées par l'Etat définissent les relations entre l'organisme habilité et les administrations ou organismes destinataires des déclarations ou au nom desquelles les cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-9 sont recouvrées. En l'absence de convention, ces modalités sont fixées par voie réglementaire.

Article L133-9-2

Les cotisations et contributions mentionnées à l'article L. 133-9 sont recouvrées selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des contributions mentionnées aux articles L. 5422-9 et suivants du code du travail.

Toutefois :

1° Le versement des cotisations et contributions est exigible au plus tard le quinzième jour suivant le terme du contrat de travail ;

2° Il est appliqué une majoration de retard de 6 % du montant des cotisations et contributions qui n'ont pas été versées à la date d'exigibilité. Cette majoration est augmentée de 1 % du montant des cotisations et contributions dues par mois ou fraction de mois écoulé, après l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date limite d'exigibilité des cotisations et contributions.

Les employeurs mentionnés à l'article L. 133-9 peuvent présenter auprès du directeur de l'organisme habilité une demande gracieuse de réduction, totale ou partielle, des majorations prévues ci-dessus ;

3° Si la mise en demeure de régulariser la situation dans un délai de quinze jours reste sans effet, le directeur de l'organisme habilité peut délivrer une contrainte notifiée au débiteur par lettre recommandée avec accusé de réception. A défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale compétent, la contrainte comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ;

4° Les sûretés applicables sont celles prévues par les articles L. 243-4 et L. 243-5.

Article L133-9-3

Sans préjudice des missions et pouvoirs des agents des administrations et des organismes parties aux conventions prévues à l'article L. 133-9-1 du présent code et de ceux des fonctionnaires et agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale sont habilités, dans les conditions définies à la section 4 du chapitre III du titre IV du livre II du présent code, à contrôler l'application par les employeurs des dispositions des articles L. 7122-22 à L. 7122-27 du code du travail et des articles L. 133-9 à L. 133-9-2 pour le compte de l'organisme habilité par l'Etat.

A ce titre, ils sont habilités à communiquer aux fonctionnaires et agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail et à recevoir de ces derniers tous renseignements et tous documents nécessaires à la lutte contre le travail dissimulé.

Article L133-9-4

Les litiges résultant de l'application des dispositions de l'article L. 133-9 aux employeurs mentionnés aux articles L. 5424-1 et L. 5424-2 du code du travail relèvent du contentieux général de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 142-1.

Article L133-9-5

L'action civile prévue par l'article 2 du code de procédure pénale est exercée par l'organisme habilité au nom des organismes et administrations parties aux conventions prévues à l'article L. 133-9-1.

Article L133-9-6

Les dispositions des articles L. 3334-1 à L. 3334-15 du code du travail s'appliquent au projet d'accord collectif mentionné à l'article L. 911-1 conclu dans le cadre d'un plan d'épargne pour la retraite collectif.

Section 6 : Règles d'arrondis

Article L133-10

Le montant des cotisations et contributions sociales et de leurs assiettes déclarées aux organismes de sécurité sociale en application du présent code, du code de l'action sociale et des familles ou du code rural et de la pêche maritime est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 4 : Relations inter-régimes

Section 1 : Relations financières entre les régimes d'assurance vieillesse

Article L134-1

Il est institué une compensation entre les régimes obligatoires de sécurité sociale comportant un effectif minimum, autres que les régimes complémentaires au sens des articles L. 635-1, L. 644-1 et L. 921-4 du présent code et du I de l'article 1050 du code rural. Cette compensation porte sur les charges de l'assurance vieillesse au titre des droits propres.

La compensation tend à remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes. Toutefois, tant que les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés ne pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés, la compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et les régimes de non-salariés aura uniquement pour objet de remédier aux déséquilibres démographiques.

La compensation prévue au présent article est calculée sur la base d'une prestation de référence et d'une cotisation moyenne ; elle est opérée après application des compensations existantes.

Les soldes qui en résultent entre les divers régimes sont fixés par arrêtés interministériels, après consultation de la commission de compensation prévue à l'article L. 114-3.

Article L134-2

Des décrets fixent les conditions d'application de l'article L. 134-1 et déterminent notamment :

1°) l'effectif minimum nécessaire pour qu'un régime de sécurité sociale puisse participer à la compensation instituée par cet article ;

2°) les modalités de détermination des bases de calcul des transferts opérés au titre de la compensation prévue à cet article.

Article L134-3

Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et des produits :

1° Des branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2 ;

2° Du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ;

3° Des risques vieillesse et veuvage de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime.

Les organismes du régime général assurent la gestion du régime spécial mentionné au 2° du présent article.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Section 2 : Relations financières entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les autres régimes

Article L134-4

Sont retracés dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui en assure l'équilibre financier, l'ensemble des charges et produits :

1° De la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ;

2° De la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, à l'exception des charges relatives aux indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 762-18-1 du même code et des frais de gestion et de contrôle médical associés à ces indemnités ainsi que des produits relatifs aux cotisations qui couvrent ces indemnités et ces frais ;

3° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime ;

4° Des risques maladie, maternité, invalidité et décès des régimes mentionnés à l'article L. 711-1 du présent code ; pour ces régimes, il est fait un suivi des dépenses n'entrant pas dans le champ de l'article L. 160-1.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Section 3 : Relations financières entre régimes au titre de la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles

Article L134-7

Il est institué entre le régime général de sécurité sociale et le régime des salariés agricoles défini au chapitre Ier du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, une compensation en matière d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles destinée à remédier aux inégalités provenant du déséquilibre démographique et de la disparité des capacités contributives entre ces deux régimes.

Cette compensation est limitée aux charges que les deux régimes susmentionnés supportent au titre des rentes de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Article L134-8

Cette compensation ne doit pas avoir pour effet d'abaisser le taux moyen des cotisations d'accidents du travail du régime agricole à un niveau inférieur à celui du taux moyen interprofessionnel du régime général.

Article L134-10

Les dispositions des articles L. 134-7 et L. 134-8 sont applicables aux salariés agricoles relevant du régime d'assurance contre les accidents définis par le code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Article L134-11

Les mesures d'application de la présente sous-section, et notamment les règles de calcul et les modalités de versement des transferts opérés entre les régimes concernés au titre de la compensation qu'elle institue sont fixées par décret.

Article L134-15

Il est institué une surcompensation interprofessionnelle des prestations d'accidents du travail, servies aux travailleurs salariés ou assimilés ressortissant du régime général de sécurité sociale et du régime de la sécurité sociale dans les mines, en tenant compte des différences existant entre les prestations des deux régimes.

Section 6 : Relations entre le régime général et les régimes spéciaux

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 5 : Fonds de solidarité vieillesse

Article L135-1

Il est créé un fonds dont la mission est de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale, tels qu'ils sont définis par l'article L. 135-2.

Ce fonds, dénommé : fonds de solidarité vieillesse, est un établissement public de l'Etat à caractère administratif. La composition du conseil d'administration, qui est assisté d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ainsi que de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, ainsi que les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le fonds de solidarité vieillesse peut à titre dérogatoire recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Article L135-2

Les dépenses prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse sont retracées dans trois sections distinctes.

I.-La première section retrace :

1° Le financement des allocations mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 643-1, au chapitre V du titre Ier du livre VIII et à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

2° Les sommes représentatives de la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, dans la durée d'assurance :

a) Des périodes mentionnées aux 1°, 3° et 8° de l'article L. 351-3 ;

b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 1233-68, L. 5422-1, L. 5423-1, L. 5423-7 et L. 5423-8 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 5123-2 du même code et de la rémunération mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1233-72 dudit code ;

c) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné à l'article L. 5123-6 du code du travail ;

3° Les sommes correspondant à la prise en compte par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des réductions de la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, définies à l'article L. 351-7-1 du présent code ;

4° Les dépenses mentionnées au I de l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;

5° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ;

6° Les dépenses attachées au service de l'allocation spéciale pour les personnes âgées prévue à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et, selon des modalités de calcul fixées par décret, les sommes représentatives de la prise en compte au titre de la durée d'assurance, par le régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale mentionné à l'article 5 de cette ordonnance, des périodes définies à l'article 8 de ladite ordonnance ;

7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base, dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, des indemnités journalières mentionnées au même article ;

8° Les sommes correspondant à la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail ;

9° Le remboursement à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon des dépenses correspondant à l'application au régime d'assurance vieillesse de cette collectivité, dans les conditions prévues par la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, des avantages non contributifs mentionnés aux 1° à 5°, 7° et 8° du présent I ;

10° Le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient.

Les sommes mentionnées aux 2°, 5° et 7° sont calculées sur une base forfaitaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

II.-La deuxième section retrace :

1° La prise en charge d'une fraction, fixée par décret, qui ne peut être inférieure à 50 %, des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales de la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 ;

2° La prise en charge des sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des majorations de pensions pour conjoint à charge.

III.-La troisième section retrace le montant, fixé par décret, des versements au régime général, au régime des salariés agricoles et aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales au titre des dépenses que ces régimes engagent pour les dispositifs prévus aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

IV.-Les frais de gestion administrative du fonds sont répartis entre chacune des sections, dans des conditions fixées par décret.

Article L135-3

I.-Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au I de l'article L. 135-2 sont constituées par :

1° Une fraction, fixée au IV bis de l'article L. 136-8, du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

2° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;

3° Le produit du prélèvement mentionné à l'article 1600-0 S du code général des impôts.

II.-Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées au II de l'article L. 135-2 du présent code sont constituées par :

1° Une fraction, fixée au 1° de l'article L. 131-8 du présent code, du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts ;

2° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 du présent code ;

3° Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'action de l'entreprise et n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

4° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail ;

5° Les sommes acquises à l'Etat en application du 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;

6° Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;

7° Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1 710-1 785 mégahertz, 1 805-1 880 mégahertz, 1 900-1 980 mégahertz et 2 110-2 170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques.

III.-Sont retracés au sein de la troisième section du fonds les recettes qui ont été mises en réserve pour le financement des dépenses mentionnées au III de l'article L. 135-2 ainsi que les produits financiers résultant du placement des disponibilités excédant les besoins de trésorerie de cette section.

Les excédents constatés chaque année au titre de cette section donnent lieu à report automatique sur les exercices suivants.

Article L135-5

Les frais d'assiette et de recouvrement des impôts, droits, taxes et contributions mentionnés à l'article L. 135-3 sont à la charge du fonds en proportion du produit qui lui est affecté ; leur montant est fixé par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 5 bis : Fonds de réserve pour les retraites

Article L135-6

Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif, dénommé " Fonds de réserve pour les retraites ", placé sous la tutelle de l'Etat.

I.-Ce fonds a pour mission principale de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite.

Les réserves sont constituées au profit des régimes obligatoires d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ainsi que du fonds mentionné à l'article L. 135-1.

Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'au 1er janvier 2011. A compter de cette date et jusqu'en 2024, le fonds verse chaque année, au plus tard le 31 octobre, 2,1 milliards d'euros à la Caisse d'amortissement de la dette sociale afin de participer au financement des déficits, au titre des exercices 2011 à 2018, des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Le calendrier et les modalités de ces versements sont fixés par convention entre les deux établissements.

II.-Les réserves qui excèdent la couverture des engagements mentionnés au dernier alinéa du I peuvent être affectées par la loi de financement de la sécurité sociale au financement, le cas échéant, de la correction de déséquilibres financiers conjoncturels des régimes de retraite ou du fonds mentionné au deuxième alinéa du même I, notamment ceux identifiés dans les conditions prévues à l'article L. 114-4.

III.-Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites.

Article L135-7

Les ressources du fonds sont constituées par :

1° Abrogé ;

2° Tout ou partie du résultat excédentaire du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ;

3° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice excédentaire du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement ;

4° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 ;

5° Abrogé ;

6° Abrogé

7° Abrogé ;

8° Abrogé ;

9° Toute autre ressource affectée au Fonds de réserve pour les retraites ;

10° Le produit des placements effectués au titre du Fonds de réserve pour les retraites ;

11° Abrogé.

Article L135-8

Le fonds est doté d'un conseil de surveillance et d'un directoire.

Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil de surveillance, constitué de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales interprofessionnelles représentatives au plan national, de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, de représentants de l'Etat et de personnalités qualifiées.

Sur proposition du directoire, le conseil de surveillance fixe les orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds en respectant les principes de prudence et de répartition des risques compte tenu de l'objectif et de l'horizon d'utilisation des ressources du fonds, notamment les obligations de versements prévues à l'article L. 135-6. Il contrôle les résultats, approuve les comptes annuels et établit un rapport annuel public sur la gestion du fonds.

Lorsque la proposition du directoire n'est pas approuvée, le directoire présente une nouvelle proposition au conseil de surveillance. Si cette proposition n'est pas approuvée, le directoire met en oeuvre les mesures nécessaires à la gestion du fonds.

Le fonds est doté d'un directoire composé de trois membres dont le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations qui en assure la présidence. Les membres du directoire autres que le président sont nommés par décret pour une durée de six ans, après consultation du conseil de surveillance.

Le directoire assure la direction de l'établissement et est responsable de sa gestion. Il met en oeuvre les orientations de la politique de placement. Il contrôle le respect de celles-ci et en particulier leur adéquation

avec les obligations de versements prévues à l'article L. 135-6. Il en rend compte régulièrement au conseil de surveillance et retrace notamment, à cet effet, la manière dont les orientations générales de la politique de placement du fonds ont pris en compte des considérations sociales, environnementales et éthiques.

Article L135-9

Le fonds peut employer des agents de droit privé, ainsi que des contractuels de droit public ; il conclut avec eux des contrats à durée déterminée ou indéterminée.

L'ensemble des frais de gestion du fonds est à sa charge.

Article L135-10

La Caisse des dépôts et consignations assure la gestion administrative du fonds, sous l'autorité du directoire, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Cette activité est indépendante de toute autre activité de la Caisse des dépôts et consignations et de ses filiales.

La gestion financière du fonds est confiée, par voie de mandats périodiquement renouvelés et dans le cadre des procédures prévues par le code des marchés publics, à des prestataires de services d'investissement qui exercent le service visé au 4 de l'article L. 321-1 du code monétaire et financier.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la gestion financière des actifs du fonds peut être assurée par ce dernier, sans recourir à des prestataires visés audit alinéa :

-soit dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds ;

-soit quand le fonds décide d'investir dans des parts ou actions d'organismes de placement collectif et des parts, actions ou droits représentatifs d'un placement financier émis par ou dans des organismes de droit étranger ayant un objet équivalent, quelle que soit leur forme.

Les conditions d'application de cette dérogation sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale.

Les actifs que le Fonds de réserve pour les retraites est autorisé à détenir ou à utiliser sont les instruments financiers énumérés à l'article L. 211-1 du code monétaire et financier et les droits représentatifs d'un placement financier.

Article L135-11

Les règles prudentielles auxquelles est soumis le fonds sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, du budget et de la sécurité sociale.

Article L135-12

Deux commissaires aux comptes sont désignés pour six exercices par le conseil de surveillance.

Ils certifient les comptes annuels avant qu'ils soient soumis par le directoire au conseil de surveillance et qu'ils soient publiés.

Les dispositions des articles L. 822-9 à L. 820-3-1, L. 823-6, L. 823-7, L. 823-13 à L. 823-17, des deux derniers alinéas de l'article L. 823-12 et des articles L. 822-17 et L. 822-18 du code de commerce sont applicables aux commissaires aux comptes désignés pour le fonds.

Les membres du conseil de surveillance exercent les droits reconnus aux actionnaires et à leurs assemblées générales par les articles L. 823-6 et L. 823-7 du code de commerce.

Article L135-13

Tout membre du directoire doit informer le président du conseil de surveillance des intérêts qu'il détient ou vient à détenir et des fonctions qu'il exerce ou vient à exercer dans une activité économique ou financière ainsi que de tout mandat qu'il détient ou vient à détenir au sein d'une personne morale. Ces informations sont tenues à la disposition des membres du directoire.

Pour la mise en oeuvre de la gestion financière, aucun membre du directoire ne peut délibérer dans une affaire dans laquelle lui-même ou, le cas échéant, une personne morale au sein de laquelle il exerce des fonctions ou détient un mandat a un intérêt. Il ne peut davantage participer à une délibération concernant une affaire dans laquelle lui-même ou, le cas échéant, une personne morale au sein de laquelle il exerce des fonctions ou détient un mandat a représenté une des parties intéressées au cours des dix-huit mois précédant la délibération.

Le président du conseil de surveillance prend les mesures appropriées pour assurer le respect des obligations et interdictions résultant des deux alinéas précédents.

Les membres du directoire, ainsi que les salariés et préposés du fonds, sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal. Les experts et les personnes consultées sont tenus au secret professionnel dans les mêmes conditions et sous les mêmes peines.

Article L135-14

Le fonds est soumis au contrôle de la Cour des comptes, de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances.

Les rapports des corps d'inspection et de contrôle et les rapports particuliers de la Cour des comptes relatifs au fonds sont transmis au conseil de surveillance.

Le conseil de surveillance peut également entendre tout membre du corps d'inspection et de contrôle ayant effectué une mission sur la gestion du fonds.

Article L135-15

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent chapitre. Il précise notamment :

- les attributions et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance et du directoire ;
- les modalités de la tutelle et, notamment, les cas et conditions dans lesquels les délibérations du conseil de surveillance et les décisions du directoire sont soumises à approbation ;
- les modalités de préparation et d'approbation du budget du fonds.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 6 : Contribution sociale généralisée

Section 1 : De la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement

Article L136-1

Il est institué une contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement à laquelle sont assujettis :

1° Les personnes physiques qui sont à la fois considérées comme domiciliées en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie ;

2° Les agents de l'Etat, des collectivités locales et de leurs établissements publics à caractère administratif qui exercent leurs fonctions ou sont chargés de mission hors de France, dans la mesure où leur rémunération est imposable en France et où ils sont à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie.

Article L136-2

I.-La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3.

Sur le montant brut inférieur à quatre fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3 des traitements, indemnités, émoluments, salaires, des revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des traitements et salaires et des allocations de chômage, il est opéré une réduction représentative de frais professionnels forfaitairement fixée à 1,75 % de ce montant. Cette réduction ne s'applique ni aux éléments mentionnés au II du présent article ni à ceux mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 137-15.

Elle est également assise sur tous les avantages en nature ou en argent accordés aux intéressés en sus des revenus visés au premier alinéa.

Pour l'application du présent article, les traitements, salaires et toutes sommes versées en contrepartie ou à l'occasion du travail sont évalués selon les règles fixées à l'article L. 242-1. Toutefois, les déductions visées au 3° de l'article 83 du code général des impôts ne sont pas applicables.

I bis.-La contribution est établie sur l'assiette correspondant aux cotisations forfaitaires applicables aux catégories de salariés ou assimilés visées par les arrêtés pris en application des articles L. 241-2 et L. 241-3 du présent code et L. 741-13 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

II.-Sont inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L. 3312-4 du code du travail ;

2° Les sommes réparties au titre de la réserve spéciale de participation conformément aux dispositions de l'article L. 3324-5 du code du travail, ainsi que les sommes versées par l'entreprise en application de l'article L. 3332-27 du même code ; la contribution est précomptée par l'entreprise ou l'organisme de gestion respectivement lors de la répartition de la réserve spéciale, ou lors du versement au plan d'épargne d'entreprise ;

3° a) L'indemnité parlementaire et l'indemnité de fonction prévues aux articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement, l'indemnité de résidence, l'indemnité représentative de frais de mandat, au plus égale au montant brut cumulé des deux premières et versée à titre d'allocation spéciale pour frais par les assemblées à tous leurs membres, ainsi que, la plus élevée d'entre elles ne pouvant être supérieure de plus de la moitié à ce montant, les indemnités de fonction complémentaires versées, au même titre, en vertu d'une décision prise par le bureau des dites assemblées, à certains de leurs membres exerçant des fonctions particulières ;

b) Les indemnités versées aux représentants français au Parlement européen dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 79-563 du 6 juillet 1979 relative à l'indemnité des représentants au Parlement européen et aux indemnités versées à ses membres par le Parlement européen ;

c) La rémunération et les indemnités par jour de présence versées aux membres du Conseil économique, social et environnemental en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 portant loi organique relative au Conseil économique et social (1) ainsi que l'indemnité versée au Président et aux membres du Conseil constitutionnel en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;

d) Les indemnités versées par les collectivités locales, leurs groupements ou leurs établissements publics aux élus municipaux, cantonaux et régionaux ;

e) Les allocations versées à l'issue des mandats locaux par le fonds mentionné par l'article L. 1621-2 du code général des collectivités territoriales.

4° Les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, à l'exception de celles visées au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et de celles destinées au financement des régimes de retraite visés au I de l'article L. 137-11 ;

5° Indépendamment de leur assujettissement à l'impôt sur le revenu, les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif,

pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujéti aux cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1. Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujétiées dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles versées en cas de cessation forcée des fonctions des personnes visées au 5° bis du présent II. Sont également assujétiées toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

5° bis.-Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède la part des indemnités exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code ; Toutefois, en cas de cessation forcée des fonctions, les indemnités d'un montant supérieur à cinq fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont assujétiées dès le premier euro ; pour l'application des présentes dispositions, il est fait masse des indemnités liées à la cessation forcée des fonctions et de celles visées à la première phrase du 5° ;

6° L'avantage mentionné au I de l'article 80 bis du code général des impôts ;

7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de la paternité et de l'accueil de l'enfant, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.

III.-Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution :

1° Les allocations de chômage visées à l'article L. 131-2, perçues par des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils mentionnés au 1° du III de l'article L. 136-8. En outre, la contribution pesant sur ces allocations ne peut avoir pour effet de réduire le montant net de celles-ci ou, en cas de cessation partielle d'activité, le montant cumulé de la rémunération d'activité et de l'allocation perçue, en deçà du montant du salaire minimum de croissance ;

2° Les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas les seuils mentionnés au 1° du III de l'article L. 136-8 ou qui sont titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le fonds spécial visé à l'article L. 814-5. Ces conditions de ressources sont celles qui sont applicables pour l'attribution de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité ;

3° Les revenus visés aux 2°, 2° bis, 4°, 7°, 9°, 9° bis, 9° quater, 9° quinquies, 10°, 12°, 13°, 14°, 14° bis, 14° ter, 15°, a à d et f du 17°, 19° et b du 19° ter de l'article 81 du code général des impôts ainsi que ceux visés aux articles L. 961-1, deuxième alinéa, et L. 961-5 du code du travail ;

4° Les pensions alimentaires répondant aux conditions fixées par les articles 205 à 211 du code civil, les rentes prévues à l'article 276 du code civil et les pensions alimentaires versées en vertu d'une décision de justice, en cas de séparation de corps ou de divorce, ou en cas d'instance en séparation de corps ou en divorce ;

5° Les salaires versés au titre des contrats conclus en application de l'article L. 6221-1 du code du travail ;

6° L'allocation de veuvage visée à l'article L. 356-1 du présent code et à l'article L. 722-16 du code rural et de la pêche maritime ;

7° L'indemnité de cessation d'activité visée au V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) ;

8° L'indemnité prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif.

Article L136-3

Sont soumis à la contribution due par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 les revenus professionnels des travailleurs indépendants non agricoles.

La contribution due par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 est assise sur les revenus déterminés par application des dispositions de l'article L. 131-6. Les cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 bis du code général des impôts ainsi que les sommes mentionnées aux articles L. 441-4 et L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice du travailleur indépendant sont ajoutées au bénéfice pour le calcul de la contribution, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu d'activité défini à l'article L. 131-6.

La contribution est due annuellement dans les conditions définies aux articles L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8, ainsi que par leurs dispositions réglementaires d'application dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Article L136-4

I.-Sont soumis à la contribution les revenus professionnels déterminés en application des articles L. 731-14 à L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime.

Les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due. Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole a exercé l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime, les revenus pris en compte sont constitués par les revenus afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due.

Les revenus sont majorés des cotisations personnelles de sécurité sociale de l'exploitant, de son collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole et des membres de sa famille, ainsi que des sommes mentionnées aux articles L. 3312-4, L. 3324-5 et L. 3332-27 du code du travail et versées au bénéfice des intéressés, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu défini à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime.

L'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime est applicable au calcul et au recouvrement de la contribution.

II.-Lorsque la durée d'assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés agricoles d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne permet pas de calculer la moyenne des revenus professionnels se rapportant aux trois années de référence prévues au premier alinéa de l'article L. 731-15 du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution est déterminée forfaitairement à titre provisoire dans les conditions suivantes :

a) Pour la première année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette forfaitaire provisoire est fixée conformément au III ci-dessous ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus ;

b) Pour la deuxième année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette est égale à la somme de la moitié de l'assiette forfaitaire prévue au a et de la moitié des revenus professionnels de l'année précédente ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents à la première et à la deuxième année lorsque ceux-ci sont définitivement connus ;

c) Pour la troisième année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette est égale au tiers de la somme de l'assiette forfaitaire prévue au a et des revenus professionnels des deux années précédentes ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents aux trois premières années lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole a opté pour l'assiette prévue à l'article L. 731-19 du code rural et de la pêche maritime, pour la première année au titre de laquelle la contribution est due, celle-ci est calculée à titre provisoire sur la base de l'assiette forfaitaire fixée conformément au III ci-dessous. Cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus du présent II, pour les personnes mentionnées au deuxième et au troisième alinéa de l'article L. 731-16 du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution est déterminée selon les modalités des deuxième, troisième et quatrième alinéas du même article.

III.-L'assiette forfaitaire provisoire prévue au a du II est égale à six cents fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due.

IV. (Abrogé)

V. (Abrogé)

VI.-L'article L. 731-18 du code rural et de la pêche maritime est applicable au calcul de la contribution.

VII.-Sont soumis à la contribution les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du même code.

Les revenus pris en compte sont ceux afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due. Ces revenus proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de la ou des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de la ou desdites années.

Les revenus sont majorés de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.

Pour les personnes redevables de la cotisation de solidarité définie à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime, lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, la contribution est calculée sur une assiette forfaitaire provisoire égale à cent fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due.

Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus.

Article L136-5

I.-Sous réserve des dispositions particulières mentionnées au présent article, la contribution portant sur les revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. La contribution portant sur les revenus tirés de l'activité d'artiste-auteur et visés au premier alinéa du I de l'article L. 136-2 est recouvrée dans les conditions et par les organismes agréés, prévus au chapitre II du titre VIII du livre III. La contribution portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général de la sécurité sociale est, sauf disposition expresse contraire, précomptée par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. La contribution portant sur les allocations mentionnées aux articles L. 632-6, L. 632-7 et L. 634-2 du code de l'éducation est précomptée par le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations.

Pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, la contribution portant sur les revenus mentionnés à l'article L. 136-3 est recouvrée, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 133-6-4, en même temps que les cotisations d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général.

Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à faire tout contrôle sur le versement de la contribution dans les conditions fixées au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

II.-La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles est directement recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles.

La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime sont directement recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables, respectivement, au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles et au recouvrement de la cotisation de solidarité mentionnée à l'article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.

II bis.-La contribution due sur les revenus de source étrangère, sous réserve s'agissant des revenus d'activité qu'elle n'ait pas fait l'objet d'un précompte par l'employeur, et la contribution portant sur les avantages mentionnés au 6° du II de l'article L. 136-2 sont établies, recouvrées et contrôlées dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.

III.-(supprimé)

IV.-La contribution sociale entre dans les obligations financières incombant aux employeurs, ou personnes qui y sont substituées en droit, en vertu des articles L. 124-8 et L. 763-9 du code du travail.

V.-Les règles édictées ci-dessus donnent lieu à application :

1° Des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale ;

2° Des dispositions de l'article L. 652-3 pour ce qui concerne le recouvrement, par les organismes visés à l'article L. 213-1, de la contribution prévue à l'article L. 136-3 et, par les caisses de mutualité sociale agricole, de la contribution prévue à l'article L. 136-4 ;

3° Des dispositions des articles 1034, 1035 et 1036 du chapitre V du titre II du livre VII du code rural et du décret n° 79-707 du 8 août 1979 dans sa rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Les différends nés de l'assujettissement à la contribution des revenus mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-4 relèvent du contentieux de la sécurité sociale et sont réglés selon les dispositions applicables aux cotisations de sécurité sociale, conformément aux dispositions du chapitre III du titre III et des chapitres II, III et IV du titre IV du livre Ier dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, les décisions rendues par les tribunaux de sécurité sociale jugeant des différends portant sur la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement sont susceptibles d'appel quel que soit le montant du litige.

Section 2 : De la contribution sociale sur les revenus du patrimoine

Article L136-6

I.-Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136-3, L. 136-4 et L. 136-7 :

a) Des revenus fonciers ;

b) Des rentes viagères constituées à titre onéreux ;

c) Des revenus de capitaux mobiliers ;

d) (Abrogé)

e) Des plus-values, gains en capital et profits soumis à l'impôt sur le revenu, de même que des distributions définies aux 7, 7 bis et 8 du II de l'article 150-0 A du code général des impôts, de l'avantage mentionné à l'article 80 quaterdecies du même code et du gain défini à l'article 150 duodecies du même code ;

e bis) Des plus-values et des créances mentionnées au I et au II de l'article 167 bis du code général des impôts ;

e ter) Des plus-values placées en report d'imposition en application des I et II de l'article 150-0 B quater du code général des impôts ;

f) De tous revenus qui entrent dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices agricoles au sens du code général des impôts, à l'exception de ceux qui sont assujettis à la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement définie aux articles L. 136-1 à L. 136-5.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est pas fait application des abattements mentionnés au I de l'article 125-0 A, au 1 de l'article 150-0 D, à l'article 150-0 D ter et au 2° du 3 de l'article 158 du code

général des impôts, ainsi que, pour les revenus de capitaux mobiliers, des dépenses effectuées en vue de l'acquisition et de la conservation du revenu.

Il n'est pas fait application à la contribution du dégrèvement ou de la restitution prévus au dernier alinéa du 2 du VII et au premier alinéa du 4 du VIII de l'article 167 bis du code général des impôts et de l'imputation prévue à l'article 125-00 A du même code.

Sont également soumis à cette contribution :

1° (Abrogé)

2° (Abrogé)

3° Les plus-values à long terme exonérées en application de l'article 151 septies A du même code ;

4° Les revenus, produits et gains exonérés en application du II de l'article 155 B du même code.

I bis.-Sont également assujetties à la contribution les personnes physiques qui ne sont pas fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts à raison du montant net des revenus, visés au a du I de l'article 164 B du même code, retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu.

II.-Sont également assujettis à la contribution, dans les conditions et selon les modalités prévues au I ci-dessus :

a) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application des articles 168, 1649 A, 1649 AA, 1649 quater A et 1649 quater-0 B bis à 1649 quater-0 B ter, du code général des impôts, ainsi que de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales ;

a bis) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application du 1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales et qui ne sont pas assujetties à la contribution en vertu d'une autre disposition ;

b) Tous autres revenus dont l'imposition est attribuée à la France par une convention internationale relative aux doubles impositions et qui n'ont pas supporté la contribution prévue à l'article L. 136-1.

II bis. (Abrogé)

III.-La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I à II, à l'exception du e bis du I, est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution résultant de la mise en recouvrement du rôle primitif est versé le 25 novembre au plus tard aux organismes affectataires.

La contribution portant sur les revenus mentionnés au e bis du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu. Le produit annuel de cette contribution est versé aux organismes affectataires pour le montant effectivement recouvré, sans qu'il soit fait application du prélèvement prévu au B du I de l'article 1641 du code général des impôts.

Les dispositions de l'article L. 80 du livre des procédures fiscales sont applicables.

Il n'est pas procédé au recouvrement de la contribution lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 61 euros.

La majoration de 10 % prévue à l'article 1730 du code général des impôts est appliquée au montant de la contribution qui n'a pas été réglé dans les trente jours suivant la mise en recouvrement.

IV.-Par dérogation aux dispositions du III, la contribution portant sur les redevances visées aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 du code du travail et versées aux artistes du spectacle et aux mannequins est précomptée, recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale.

Section 3 : De la contribution sociale sur les produits de placement

Article L136-7

I.-Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels sont opérés les prélèvements prévus au II de l'article 125-0 A, aux II, III, second alinéa du 4° et deuxième alinéa du 9° du III bis de l'article 125 A et au I de l'article 125 D du même code, ainsi que les produits de placements mentionnés au I des articles 125 A et 125-0 A du même code retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136-3 et L. 136-4 du présent code ou des 3° et 4° du II du présent article.

Sont également assujettis à cette contribution :

1° Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les revenus distribués sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 117 quater du même code, ainsi que les revenus distribués mentionnés au 1° du 3 de l'article 158 du même code dont le paiement est assuré par une personne établie en France et retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136-3 et L. 136-4 du présent code. Le présent 1° ne s'applique pas aux revenus perçus dans un plan d'épargne en actions défini au 5° du II du présent article ;

2° Les plus-values mentionnées aux articles 150 U à 150 UC du code général des impôts.

I bis.-Sont également soumises à la contribution les plus-values imposées au prélèvement mentionné à l'article 244 bis A du code général des impôts lorsqu'elles sont réalisées, directement ou indirectement, par des personnes physiques.

II.-Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au premier alinéa du I, pour la part acquise à compter du 1er janvier 1997 et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date en ce qui concerne les placements visés du 3° au 9° ;

1° Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation, à l'exception des plans d'épargne-logement, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

2° Les intérêts des plans d'épargne-logement, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9° bis de l'article 157 du code général des impôts :

a) A la date du dixième anniversaire du plan pour les plans ouverts du 1er avril 1992 au 28 février 2011 ou, pour ceux ouverts avant le 1er avril 1992, à leur date d'échéance ;

b) Lors du dénouement du plan, pour les plans ouverts du 1er avril 1992 au 28 février 2011, si ce dénouement intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour ceux ouverts avant le 1er avril 1992 ;

c) Lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus sur des plans de plus de dix ans ouverts avant le 1er mars 2011 et sur les plans ouverts à compter de cette même date ;

2° bis Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ;

3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation, ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A du code général des impôts, quelle que soit leur date de souscription, à l'exception des produits attachés aux contrats mentionnés à l'article 199 septies du même code :

a) Lors de leur inscription au bon ou contrat pour :

-les bons ou contrats dont les droits sont exprimés en euros ou en devises ;

-la part des produits attachés aux droits exprimés en euros ou en devises dans les bons ou contrats en unités de compte mentionnées au second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances ;

b) Lors du dénouement des bons ou contrats ou lors du décès de l'assuré. L'assiette de la contribution est calculée déduction faite des produits ayant déjà supporté la contribution au titre du a nets de cette contribution.

En cas de rachat partiel d'un bon ou contrat en unités de compte qui a été soumis à la contribution au titre du a, l'assiette de la contribution due au titre du rachat est égale au produit de l'assiette définie au premier alinéa du présent b par le rapport existant entre les primes comprises dans ledit rachat partiel et le montant total des primes versées net des primes comprises, le cas échéant, dans un rachat partiel antérieur.

4° Les produits des plans d'épargne populaire, ainsi que les rentes viagères et les primes d'épargne visés au premier alinéa du 22° de l'article 157 du code général des impôts, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

5° Le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou valeurs ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions défini à l'article 163 quinquies D du code général des impôts dans les conditions ci-après :

a) En cas de retrait ou de rachat entraînant la clôture du plan ou en cas de clôture du plan en application du II de l'article L. 312-20 du code monétaire et financier, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence, le gain net est déterminé par différence entre, d'une part, la valeur liquidative du plan ou la valeur de rachat pour les contrats de capitalisation à la date du retrait ou du rachat et, d'autre part, la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 majorée des versements effectués depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ;

b) En cas de retrait ou de rachat n'entraînant pas la clôture du plan, le gain net afférent à chaque retrait ou rachat est déterminé par différence entre, d'une part, le montant du retrait ou rachat et, d'autre part, une fraction de la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 augmentée des versements effectués sur le plan depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ; cette fraction est égale au rapport du montant du retrait ou rachat effectué à la valeur liquidative totale du plan à la date du retrait ou du rachat ;

La valeur liquidative ou de rachat ne tient pas compte des gains nets et produits de placement mentionnés au 8° afférents aux parts des fonds communs de placement à risques ou des fonds professionnels de capital investissement et aux actions des sociétés de capital-risque détenues dans le plan.

6° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des droits constitués à leur profit au titre de la participation aux résultats de l'entreprise en application du chapitre II du titre IV du livre IV du code du

travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces droits et le montant des sommes résultant de la répartition de la réserve spéciale de participation dans les conditions prévues à l'article L. 442-4 du même code ;

7° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des sommes ou valeurs provenant d'un plan d'épargne entreprise au sens du chapitre III du titre IV du livre IV du code du travail (1), le revenu constitué par la différence entre le montant de ces sommes ou valeurs et le montant des sommes versées dans le plan augmentées, le cas échéant, des sommes attribuées au titre de la réserve spéciale de la participation des salariés aux résultats de l'entreprise et des sommes versées dans le ou les précédents plans, à concurrence du montant des sommes transférées dans les conditions prévues aux articles L. 442-5 et L. 443-2 du code du travail, l'opération de transfert ne constituant pas une délivrance des sommes concernées ;

8° Les répartitions de sommes ou valeurs effectuées par un fonds commun de placement à risques ou par un fonds professionnel de capital investissement dans les conditions prévues aux I et II ou aux I et III bis de l'article 163 quinquies B du code général des impôts, les distributions effectuées par les sociétés de capital-risque dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du I et au 2 du II de l'article 163 quinquies C du même code et celles effectuées par les sociétés unipersonnelles d'investissement à risque dans les conditions prévues à l'article 163 quinquies C bis du même code, lors de leur versement, ainsi que les gains nets mentionnés aux 1 et 1 bis du III de l'article 150-0 A du même code ;

8° bis Les revenus, produits et gains non pris en compte pour le calcul des prélèvements prévus aux articles 117 quater, 125-0 A et 125 A du code général des impôts, en application du II de l'article 155 B du même code, lors de leur perception ;

9° Les gains nets et les produits des placements en valeurs mobilières effectués en vertu d'un engagement d'épargne à long terme respectivement visés aux 5 du III de l'article 150-0 A et 16° de l'article 157 du code général des impôts, lors de l'expiration du contrat ;

10° Les intérêts des comptes épargne d'assurance pour la forêt exonérés d'impôt sur le revenu en application du 23° de l'article 157 du code général des impôts, lors de leur inscription en compte.

III.-1. Lorsqu'un plan d'épargne-logement est résilié dans les deux ans à compter de son ouverture ou transformé en compte épargne-logement à la demande de son titulaire, la contribution calculée dans les conditions du c du 2° du II est restituée à hauteur du montant qui excède celui de la contribution due sur les intérêts recalculés, en appliquant à l'ensemble des dépôts du plan concerné le taux de rémunération du compte épargne-logement en vigueur à la date de sa résiliation ou de sa transformation.

2. L'établissement payeur reverse au titulaire du plan l'excédent de la contribution déterminé dans les conditions du 1, à charge pour cet établissement d'en demander la restitution.

La restitution s'effectue par voie d'imputation sur la contribution due par l'établissement payeur à raison des autres produits de placements. A défaut d'une base d'imputation suffisante, l'excédent de contribution non imputé est reporté ou remboursé.

III bis.-1. Lorsque, au dénouement d'un bon ou contrat mentionné au 3° du II ou lors du décès de l'assuré, le montant de l'assiette déterminée en application du b du même 3° est négatif, un excédent est reversé au contrat, correspondant à la contribution calculée sur la base de ce montant, sans pouvoir excéder le montant de la contribution déjà acquittée dans les conditions prévues au a dudit 3°.

En cas de rachat partiel, cet excédent n'est reversé qu'à proportion du rapport existant entre les primes comprises dans ce rachat et le montant total des primes versées net des primes comprises, le cas échéant, dans un rachat partiel antérieur.

2. L'établissement payeur reverse au contrat l'excédent de la contribution déterminé dans les conditions du 1 lors du dénouement du bon ou du contrat ou du décès de l'assuré, à charge pour cet établissement d'en demander la restitution.

La restitution s'effectue par voie d'imputation sur la contribution due par l'établissement payeur à raison des autres produits de placements. A défaut d'une base d'imputation suffisante, l'excédent de contribution non imputé est reporté ou remboursé.

IV.-1. La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement mentionnés au présent article, à l'exception de celle due sur les revenus et plus-values mentionnés aux 1° et 2° du I, fait l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au titre des mois de décembre et janvier.

Ce versement est égal à 90 % du produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement intervient le 15 octobre au plus tard. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après cette date par l'Etat aux organismes affectataires.

2. Lorsque l'établissement payeur estime que le versement dû en application du 1 est supérieur à la contribution dont il sera redevable au titre des mois de décembre et janvier, il peut réduire ce versement à concurrence de l'excédent estimé.

3. Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque le versement effectué en application des 1 et 2 est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la contribution sociale généralisée due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements ; l'excédent éventuel est restitué.

4. Lorsque la contribution sociale généralisée réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit par l'établissement payeur en application du 2, la majoration prévue au 1 de l'article 1731 du code général des impôts s'applique à cette différence. L'assiette de cette majoration est toutefois limitée à la différence entre le montant du versement calculé dans les conditions du 1 et celui réduit dans les conditions du 2.

V.-La contribution visée au premier alinéa du I et aux II et IV ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 125 A du code général des impôts.

La contribution visée au 1° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 117 quater du code général des impôts.

VI.-La contribution portant sur les plus-values mentionnées au 2° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.

La contribution portant sur les plus-values mentionnées au I bis est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 244 bis A du code général des impôts.

Article L136-7

I.-Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les produits de placements sur lesquels sont opérés les prélèvements prévus

au II de l'article 125-0 A, aux II, III, second alinéa du 4° et deuxième alinéa du 9° du III bis de l'article 125 A et au I de l'article 125 D du même code, ainsi que les produits de placements mentionnés au I des articles 125 A et 125-0 A du même code retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, sont assujettis à une contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136-3 et L. 136-4 du présent code ou des 3° et 4° du II du présent article.

Sont également assujettis à cette contribution :

1° Lorsqu'ils sont payés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les revenus distribués sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 117 quater du même code, ainsi que les revenus distribués mentionnés au 1° du 3 de l'article 158 du même code dont le paiement est assuré par une personne établie en France et retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des articles L. 136-3 et L. 136-4 du présent code. Le présent 1° ne s'applique pas aux revenus perçus dans un plan d'épargne en actions défini au 5° du II du présent article ;

2° Les plus-values mentionnées aux articles 150 U à 150 UC du code général des impôts ;

3° Lorsqu'ils sont versés à des personnes physiques fiscalement domiciliées en France, au sens de l'article 4 B du code général des impôts, les revenus soumis à l'impôt sur le revenu en application de l'article 125 ter du même code, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre du présent I.

I bis.-Sont également soumises à la contribution les plus-values imposées au prélèvement mentionné à l'article 244 bis A du code général des impôts lorsqu'elles sont réalisées, directement ou indirectement, par des personnes physiques.

II.-Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au premier alinéa du I, pour la part acquise à compter du 1er janvier 1997 et, le cas échéant, constatée à compter de cette même date en ce qui concerne les placements visés du 3° au 9° ;

1° Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation, à l'exception des plans d'épargne-logement, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

2° Les intérêts des plans d'épargne-logement, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9° bis de l'article 157 du code général des impôts :

a) A la date du dixième anniversaire du plan pour les plans ouverts du 1er avril 1992 au 28 février 2011 ou, pour ceux ouverts avant le 1er avril 1992, à leur date d'échéance ;

b) Lors du dénouement du plan, pour les plans ouverts du 1er avril 1992 au 28 février 2011, si ce dénouement intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour ceux ouverts avant le 1er avril 1992 ;

c) Lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus sur des plans de plus de dix ans ouverts avant le 1er mars 2011 et sur les plans ouverts à compter de cette même date ;

2° bis Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ;

3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation, ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A du code général des impôts, quelle que soit leur date de souscription, à l'exception des produits attachés aux contrats mentionnés à l'article 199 septies du même code :

a) Lors de leur inscription au bon ou contrat pour :

-les bons ou contrats dont les droits sont exprimés en euros ou en devises ;

-la part des produits attachés aux droits exprimés en euros ou en devises dans les bons ou contrats en unités de compte mentionnées au second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances ;

-la part des produits attachés aux droits exclusivement exprimés en euros ou en devises dans les bons ou contrats dont une part peut être affectée à l'acquisition de droits exprimés en unités de compte définies au troisième alinéa du présent a ou de droits donnant lieu à la constitution d'une provision de diversification ;

b) A l'atteinte de la garantie pour les engagements donnant lieu à la constitution d'une provision de diversification et pour lesquels un capital ou une rente est garantie à une échéance fixée au contrat. L'assiette de la contribution est alors égale à la différence entre la valeur de rachat de ces engagements à l'atteinte de la garantie et la somme des primes versées affectées à ces engagements nette des primes comprises, le cas échéant, dans des rachats partiels ;

c) Lors du dénouement des bons ou contrats ou lors du décès de l'assuré. L'assiette de la contribution est calculée déduction faite des produits ayant déjà supporté la contribution au titre des a et b nets de cette contribution.

En cas de rachat partiel d'un bon ou contrat en unités de compte qui a été soumis à la contribution au titre des a et b, l'assiette de la contribution due au titre du rachat est égale au produit de l'assiette définie au premier alinéa du présent c par le rapport existant entre les primes comprises dans ledit rachat partiel et le montant total des primes versées net des primes comprises, le cas échéant, dans un rachat partiel antérieur.

4° Les produits des plans d'épargne populaire, ainsi que les rentes viagères et les primes d'épargne visés au premier alinéa du 22° de l'article 157 du code général des impôts, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

5° Le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou valeurs ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions défini à l'article 163 quinquies D du code général des impôts dans les conditions ci-après :

a) En cas de retrait ou de rachat entraînant la clôture du plan ou en cas de clôture du plan en application du II de l'article L. 312-20 du code monétaire et financier, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence, le gain net est déterminé par différence entre, d'une part, la valeur liquidative du plan ou la valeur de rachat pour les contrats de capitalisation à la date du retrait ou du rachat et, d'autre part, la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 majorée des versements effectués depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ;

b) En cas de retrait ou de rachat n'entraînant pas la clôture du plan, le gain net afférent à chaque retrait ou rachat est déterminé par différence entre, d'une part, le montant du retrait ou rachat et, d'autre part, une fraction de la valeur liquidative ou de rachat au 1er janvier 1997 augmentée des versements effectués sur le plan depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats ; cette fraction est égale au rapport du montant du retrait ou rachat effectué à la valeur liquidative totale du plan à la date du retrait ou du rachat ;

La valeur liquidative ou de rachat ne tient pas compte des gains nets et produits de placement mentionnés au 8° afférents aux parts des fonds communs de placement à risques ou des fonds professionnels de capital investissement et aux actions des sociétés de capital-risque détenues dans le plan.

6° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des droits constitués à leur profit au titre de la participation aux résultats de l'entreprise en application du chapitre II du titre IV du livre IV du code du

travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces droits et le montant des sommes résultant de la répartition de la réserve spéciale de participation dans les conditions prévues à l'article L. 442-4 du même code ;

7° Lorsque les intéressés demandent la délivrance des sommes ou valeurs provenant d'un plan d'épargne entreprise au sens du chapitre III du titre IV du livre IV du code du travail (1), le revenu constitué par la différence entre le montant de ces sommes ou valeurs et le montant des sommes versées dans le plan augmentées, le cas échéant, des sommes attribuées au titre de la réserve spéciale de la participation des salariés aux résultats de l'entreprise et des sommes versées dans le ou les précédents plans, à concurrence du montant des sommes transférées dans les conditions prévues aux articles L. 442-5 et L. 443-2 du code du travail, l'opération de transfert ne constituant pas une délivrance des sommes concernées ;

8° Les répartitions de sommes ou valeurs effectuées par un fonds commun de placement à risques ou par un fonds professionnel de capital investissement dans les conditions prévues aux I et II ou aux I et III bis de l'article 163 quinquies B du code général des impôts, les distributions effectuées par les sociétés de capital-risque dans les conditions prévues aux deuxième à cinquième alinéas du I et au 2 du II de l'article 163 quinquies C du même code et celles effectuées par les sociétés unipersonnelles d'investissement à risque dans les conditions prévues à l'article 163 quinquies C bis du même code, lors de leur versement, ainsi que les gains nets mentionnés aux 1 et 1 bis du III de l'article 150-0 A du même code ;

8° bis Les revenus, produits et gains non pris en compte pour le calcul des prélèvements prévus aux articles 117 quater, 125-0 A et 125 A du code général des impôts, en application du II de l'article 155 B du même code, lors de leur perception ;

9° Les gains nets et les produits des placements en valeurs mobilières effectués en vertu d'un engagement d'épargne à long terme respectivement visés aux 5 du III de l'article 150-0 A et 16° de l'article 157 du code général des impôts, lors de l'expiration du contrat ;

10° Les intérêts des comptes épargne d'assurance pour la forêt exonérés d'impôt sur le revenu en application du 23° de l'article 157 du code général des impôts, lors de leur inscription en compte.

III.-1. Lorsqu'un plan d'épargne-logement est résilié dans les deux ans à compter de son ouverture ou transformé en compte épargne-logement à la demande de son titulaire, la contribution calculée dans les conditions du c du 2° du II est restituée à hauteur du montant qui excède celui de la contribution due sur les intérêts recalculés, en appliquant à l'ensemble des dépôts du plan concerné le taux de rémunération du compte épargne-logement en vigueur à la date de sa résiliation ou de sa transformation.

2. L'établissement payeur reverse au titulaire du plan l'excédent de la contribution déterminé dans les conditions du 1, à charge pour cet établissement d'en demander la restitution.

La restitution s'effectue par voie d'imputation sur la contribution due par l'établissement payeur à raison des autres produits de placements. A défaut d'une base d'imputation suffisante, l'excédent de contribution non imputé est reporté ou remboursé.

III bis.-1. Lorsque, au dénouement d'un bon ou contrat mentionné au 3° du II ou lors du décès de l'assuré, le montant de l'assiette déterminée en application du c du même 3° est négatif, un excédent est reversé au contrat, correspondant à la contribution calculée sur la base de ce montant, sans pouvoir excéder le montant de la contribution déjà acquittée dans les conditions prévues aux a et b dudit 3°.

En cas de rachat partiel, cet excédent n'est reversé qu'à proportion du rapport existant entre les primes comprises dans ce rachat et le montant total des primes versées net des primes comprises, le cas échéant, dans un rachat partiel antérieur.

2. L'établissement payeur reverse au contrat l'excédent de la contribution déterminé dans les conditions du 1 lors du dénouement du bon ou du contrat ou du décès de l'assuré, à charge pour cet établissement d'en demander la restitution.

La restitution s'effectue par voie d'imputation sur la contribution due par l'établissement payeur à raison des autres produits de placements. A défaut d'une base d'imputation suffisante, l'excédent de contribution non imputé est reporté ou remboursé.

IV.-1. La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement mentionnés au présent article, à l'exception de celle due sur les revenus et plus-values mentionnés aux 1° et 2° du I, fait l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au titre des mois de décembre et janvier.

Ce versement est égal à 90 % du produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement intervient le 15 octobre au plus tard. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après cette date par l'Etat aux organismes affectataires.

2. Lorsque l'établissement payeur estime que le versement dû en application du 1 est supérieur à la contribution dont il sera redevable au titre des mois de décembre et janvier, il peut réduire ce versement à concurrence de l'excédent estimé.

3. Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque le versement effectué en application des 1 et 2 est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la contribution sociale généralisée due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements ; l'excédent éventuel est restitué.

4. Lorsque la contribution sociale généralisée réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit par l'établissement payeur en application du 2, la majoration prévue au 1 de l'article 1731 du code général des impôts s'applique à cette différence. L'assiette de cette majoration est toutefois limitée à la différence entre le montant du versement calculé dans les conditions du 1 et celui réduit dans les conditions du 2.

V.-La contribution visée au premier alinéa du I et aux II et IV ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 125 A du code général des impôts.

La contribution visée au 1° du I est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 117 quater du code général des impôts.

VI.-1. La contribution portant sur les plus-values mentionnées au 2° du I est, sous réserve du 2 du présent VI, assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.

La contribution portant sur les plus-values mentionnées au I bis est, sous réserve du 2 du présent VI, assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 244 bis A du code général des impôts.

2. Pour la détermination de l'assiette de la contribution portant sur les plus-values mentionnées au 1, autres que celles mentionnées à l'article 150 UA du code général des impôts [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-685 DC du 29 décembre 2013.] il est fait application, en lieu et place de l'abattement mentionné aux premier à troisième alinéas du I de l'article 150 VC dudit code, d'un abattement fixé à :

- a) 1,65 % pour chaque année de détention au-delà de la cinquième ;
- b) 1,60 % pour la vingt-deuxième année de détention ;
- c) 9 % pour chaque année de détention au-delà de la vingt-deuxième.

Pour l'application de l'abattement, la durée de détention est décomptée selon les modalités prévues aux 1° à 3° du I du même article 150 VC.

Section 4 : De la contribution sociale sur les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux

Article L136-7-1

I. - Il est institué une contribution sur une fraction des sommes mises, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, sur les jeux exploités par La Française des jeux pour les tirages et les émissions. Cette fraction est égale à 25,5 % des sommes mises.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu au I de l'article 48 de la loi de finances pour 1994 (n° 93-1352 du 30 décembre 1993).

II (supprimé)

III. - Il est institué une contribution sur le produit brut de certains jeux réalisé dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 relative aux casinos (1).

Cette contribution est, d'une part, de 9,5 % sur une fraction égale à 68 % du produit brut des jeux automatiques des casinos et, d'autre part, de 12 % prélevés sur tous les gains d'un montant supérieur ou égal à 1 500 euros, réglés aux joueurs par des bons de paiement manuels définis à l'article 69-20 de l'arrêté du 23 décembre 1959 portant réglementation des jeux dans les casinos.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu à l'article 50 de la loi de finances pour 1991 (n° 90-1168 du 29 décembre 1990).

Section 5 : Dispositions communes

Article L136-8

I.-Le taux des contributions sociales est fixé :

1° A 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;

2° A 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;

3° A 6,9 % pour la contribution sociale mentionnée au I de l'article L. 136-7-1.

II.-Par dérogation au I :

1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ;

2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, et les pensions d'invalidité.

III.-Par dérogation au I et au II, sont assujettis à la contribution sociale au taux de 3,8 % les revenus visés aux 1° et 2° du III de l'article L. 136-2, perçus par les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts :

1° D'une part, excèdent 10 633 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 12 582 € pour la première part, majorés de 3 123 € pour la première demi-part et 2 839 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 13 156 €, 3 265 € et 2 839 € ;

2° D'autre part, sont inférieurs à 13 900 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire. Pour la Martinique, la Guadeloupe et La Réunion, les montants des revenus sont fixés à 15 207 € pour la première part, majorés de 4 082 € pour la première demi-part et 3 711 € pour chaque demi-part supplémentaire à compter de la deuxième. Pour la Guyane et Mayotte, ces montants sont fixés, respectivement, à 15 930 €, 4 268 € et 3 711 €.

Les seuils mentionnés au présent III sont applicables pour la contribution due au titre de l'année 2015. Ils sont revalorisés au 1er janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1.

IV.-Le produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III est versé :

1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 0,85 % ;

2° Abrogé ;

3° Abrogé ;

4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret et en proportion des contributions sur les revenus d'activité acquittées par les personnes affiliées à chaque régime, pour la part correspondant à un taux :

a) De 6,05 % pour les contributions mentionnées au 1° du 1 ;

b) De 5,75 % pour la contribution mentionnée au 3° du I ;

c) Abrogé ;

d) De 4,75 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;

e) De 5,15 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;

f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III.

5° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,60 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I pour laquelle le taux est fixé à 0,30 %.

IV bis.-Le produit des contributions mentionnées au 2° du I est versé :

1° Au fonds mentionné à l'article L. 135-1, pour la part correspondant à un taux de 7,6 % ;

2° A la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,60 %.

V.-Le produit de la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 est ainsi réparti :

1° A la Caisse nationale des allocations familiales, pour 18 % ;

2° Abrogé ;

3° Abrogé ;

4° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour 82 %.

VI.-1. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée de centraliser et de répartir le produit de la contribution mentionnée au présent chapitre, dans les conditions prévues au présent article.

2. Il en est de même pour les produits recouvrés simultanément aux contributions mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 et pour les produits mentionnés aux I et III de l'article 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée.

3. Pour l'application du présent VI, le montant global des contributions et prélèvements sociaux mentionnés à l'article L. 138-21 qui est reversé par l'Etat à l'agence est réparti entre les affectataires de ces contributions et prélèvements au prorata des taux des contributions et prélèvements qui leur sont affectés à la date de leur fait générateur.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 7 : Recettes diverses

Section 1 : Dispositions communes

Article L137-3

Les contributions mentionnées au présent chapitre, sauf dispositions expresses contraires, sont recouvrées et contrôlées par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations à la charge des employeurs assises sur les gains et rémunérations de leurs salariés. Sont applicables les dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale sont habilitées à effectuer tout contrôle sur le versement de ces contributions dans les conditions fixées au chapitre 3 du titre IV du livre II dans sa rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Toutefois, les contributions à la charge des employeurs relevant du régime agricole sont directement recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, dans les conditions prévues par les articles 1032 à 1036, 1143 à 1143-6 et 1246 du livre VII du code rural, ainsi que par les décrets n° 50-1225 du 21 septembre 1950, n° 76-1282 du 29 décembre 1976, n° 79-707 du 8 août 1979 et n° 80-480 du 27 juin 1980, dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

Article L137-4

Les différends nés de l'assujettissement aux contributions mentionnées au présent chapitre relèvent, sauf dispositions expresses contraires, du contentieux général de la sécurité sociale et sont réglés selon les dispositions applicables aux cotisations de sécurité sociale, conformément aux dispositions du chapitre 3 du titre III et des chapitres 2 et 4 du titre IV du livre Ier du présent code et, en outre, du chapitre 5 du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime pour le régime agricole, dans leur rédaction en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, les décisions rendues par les tribunaux de sécurité sociale jugeant de ces différends sont susceptibles d'appel quel que soit le montant du litige.

Section 4 : Contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise

Article L137-10

I.-Il est institué, à la charge des employeurs et au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, une contribution sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité versés, sous quelque forme que ce soit, à d'anciens salariés directement par l'employeur, ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers, en vertu d'une convention, d'un accord collectif, de toute autre stipulation contractuelle ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

II.-Le taux de cette contribution est fixé à 50 %.

III. (Abrogé)

IV.-Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contributions des employeurs mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail, ni aux allocations et contributions des employeurs mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 352-3 du même code.

Section 5 : Contributions sur les régimes de retraite conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise

Article L137-11

I.-Dans le cadre des régimes de retraite à prestations définies gérés soit par l'un des organismes visés au a du 2° du présent I, soit par une entreprise, conditionnant la constitution de droits à prestations à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise et dont le financement par l'employeur n'est pas individualisable par salarié, il est institué une contribution assise, sur option de l'employeur :

1° Soit sur les rentes liquidées à compter du 1er janvier 2001 ; la contribution, dont le taux est fixé à 32 %, est à la charge de l'employeur, versée par l'organisme payeur et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes ;

2° Soit :

a) Sur les primes versées à un organisme régi par le titre III ou le titre IV du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances, destinées au financement des régimes visés au présent I ;

b) Ou sur la partie de la dotation aux provisions, ou du montant mentionné en annexe au bilan, correspondant au coût des services rendus au cours de l'exercice ; lorsque ces éléments donnent ensuite lieu au versement de primes visées au a, ces dernières ne sont pas assujetties.

Les contributions dues au titre des a et b du 2°, dont les taux sont respectivement fixés à 24 % et à 48 %, sont à la charge de l'employeur.

II.-L'option de l'employeur visée au I est effectuée de manière irrévocable pour chaque régime. Pour les régimes existant à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, l'option est exercée avant le 31 décembre 2003. Pour les régimes existant à la date de publication de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui ont opté préalablement pour l'assiette mentionnée au 1° du I du présent article, l'option peut être exercée à nouveau entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2011. L'employeur qui exerce cette option est redevable d'un montant équivalent à la différence, si elle est positive, entre, d'une part, la somme des contributions qui auraient été acquittées depuis le 1er janvier 2004 ou la date de création du régime si elle est postérieure s'il avait choisi l'assiette définie au 2° du même I dans les conditions prévues au présent II et, d'autre part, la somme des contributions effectivement versées depuis cette date. L'employeur acquitte cette somme au plus tard concomitamment au versement de la contribution due sur les sommes mentionnées au 2° dudit I de l'exercice 2011 ou de manière fractionnée, sur quatre années au plus, selon des modalités définies par arrêté. Pour les régimes créés ultérieurement, l'option est exercée lors de la mise en place du régime. Si l'option n'est pas exercée aux dates prévues, les dispositions des 1° et 2° du I s'appliquent.

II bis.-(Contraire à la Constitution)

III.-(Abrogé)

IV.-Les contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite visés au I ne sont soumises ni aux cotisations et taxes dont l'assiette est définie à l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole à l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ni aux contributions instituées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

V.-Les régimes de retraite à prestations définies, mentionnés au I, créés à compter du 1er janvier 2010 sont gérés exclusivement par l'un des organismes régis par le titre III du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances.

Article L137-11-1

Les rentes versées dans le cadre des régimes mentionnés au I de l'article L. 137-11 sont soumises à une contribution à la charge du bénéficiaire.

Les rentes versées au titre des retraites liquidées avant le 1er janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 500 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :

- 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 500 € et inférieure ou égale à 1 000 € par mois ;
- 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 1 000 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ;
- 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois.

Les rentes versées au titre des retraites liquidées à compter du 1er janvier 2011 sont soumises à une contribution sur la part qui excède 400 € par mois. Le taux de cette contribution est fixé à :

- 7 % pour la part de ces rentes supérieure à 400 € et inférieure ou égale à 600 € par mois ;

- 14 % pour la part de ces rentes supérieure à 600 € et inférieure ou égale à 24 000 € par mois ;

- 21 % pour la part de ces rentes supérieure à 24 000 € par mois.

Ces valeurs sont revalorisées chaque année en fonction de l'évolution du plafond défini à l'article L. 241-3 et arrondies à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. La contribution est précomptée et versée par les organismes débiteurs des rentes et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur ces rentes.

Chaque année, les organismes et entreprises mentionnés au I de l'article L. 137-11 débiteurs des rentes établissent un rapport de suivi qui retrace, pour l'année précédente, le montant des engagements souscrits, le nombre de rentes servies, les montants minimal, moyen, médian et maximal de rentes servies ainsi que le nombre de bénéficiaires potentiels. Ce rapport est adressé à l'Institut national de la statistique et des études économiques et aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la mutualité. Une version consolidée, après anonymisation éventuelle, de ces rapports de suivi est également mise à la disposition du public, dans un format ouvert permettant sa libre réutilisation.

Section 6 : Contribution sur les indemnités de mise à la retraite

Article L137-12

Il est institué, à la charge de l'employeur et au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, une contribution sur les indemnités versées en cas de mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur.

Le taux de cette contribution est fixé à 50 % ; toutefois, ce taux est limité à 25 % sur les indemnités versées du 11 octobre 2007 au 31 décembre 2008.

Section 7 : Contribution patronale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites

Article L137-13

I.-Il est institué, au profit de la Caisse nationale des allocations familiales, une contribution due par les employeurs :

-sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ;

-sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-6 du même code.

Cette contribution ne s'applique pas aux attributions d'actions gratuites décidées par les sociétés qui n'ont procédé à aucune distribution de dividendes depuis leur création et qui répondent à la définition des petites et moyennes entreprises donnée à l'annexe à la recommandation 2003/361/ CE de la Commission, du 6 mai 2003, concernant la définition des micro, petites et moyennes entreprises, dans la limite, par salarié, du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code. Cette limite s'apprécie en faisant masse des actions gratuites dont l'acquisition est intervenue pendant l'année en cours et les trois années précédentes. L'ensemble de ces conditions s'apprécie à la date de la décision d'attribution. Le bénéfice de cet abattement est subordonné au respect du règlement (UE) n° 1407/2013 de la Commission, du 18 décembre 2013, relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis.

En cas d'options de souscription ou d'achat d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des options telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales adoptées par le règlement (CE) n° 1606/2002 du Parlement européen et du Conseil du 19 juillet 2002 sur l'application des normes comptables internationales, soit à 25 % de la valeur des actions sur lesquelles portent ces options, à la date de décision d'attribution. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des options de souscription ou d'achat d'actions qu'il attribue ; il est irrévocable durant cette période.

En cas d'attribution d'actions gratuites, cette contribution s'applique sur la valeur, à leur date d'acquisition, des actions attribuées.

II.-Le taux de cette contribution est fixé à :

1° 30 % sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186-1 du code de commerce. Elle est exigible le mois suivant la date de décision d'attribution des options ;

2° 20 % sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-6 du même code. Elle est exigible le mois suivant la date d'acquisition des actions par le bénéficiaire.

III.-Ces dispositions sont également applicables lorsque l'option est consentie ou l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle le bénéficiaire exerce son activité.

Section 8 : Contribution salariale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites

Article L137-14

Il est institué, au profit de la Caisse nationale des allocations familiales, une contribution salariale de 10 % assise sur le montant des avantages mentionnés au I de l'article 80 bis du code général des impôts.

Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code.

Section 9 : Forfait social

Article L137-15

Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :

1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code et de ceux exonérés en application du quatrième alinéa du I du même article ;

2° (Abrogé)

3° Des indemnités de licenciement, de mise à la retraite ainsi que de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi qui sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code ;

4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.

Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.

Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.

Sont également soumises à cette contribution les sommes correspondant à la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations ou contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 242-1.

Sont également soumises à cette contribution les indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle mentionnée aux articles L. 1237-11 à L. 1237-15 du code du travail, pour leur part exclue de l'assiette de la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du présent code en application du 5° du II de l'article L. 136-2.

Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de onze salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance.

L'exonération prévue à l'avant-dernier alinéa continue de s'appliquer pendant trois ans aux employeurs qui atteignent ou dépassent au titre des années 2016, 2017 ou 2018 l'effectif de onze salariés.

Article L137-16

Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 20 %.

Toutefois, ce taux est fixé à 8 % pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit, ainsi que pour les sommes affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux

modalités définies à l'article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives de production soumises à la loi n° 78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives de production.

Ce taux est également fixé à 8 % pour les sommes versées au titre de la participation aux résultats de l'entreprise mentionnée au titre II du livre III de la troisième partie du code du travail et au titre de l'intéressement mentionné au titre Ier du même livre III pour les entreprises qui ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation des salariés aux résultats de l'entreprise prévue à l'article L. 3322-2 du même code et qui concluent pour la première fois un accord de participation ou d'intéressement ou qui n'ont pas conclu d'accord au cours d'une période de cinq ans avant la date d'effet de l'accord.

Le taux de 8 % s'applique pendant une durée de six ans à compter de la date d'effet de l'accord. Les entreprises qui, en raison de l'accroissement de leur effectif, atteignent ou dépassent l'effectif de cinquante salariés mentionné au troisième alinéa au cours de cette période, sauf si cet accroissement résulte de la fusion ou de l'absorption d'une entreprise ou d'un groupe, continuent de bénéficier du taux mentionné au même troisième alinéa jusqu'au terme de cette période. Dans les cas de scission ou de cession à une entreprise d'au moins cinquante salariés ou de fusion ou absorption donnant lieu à la création d'une entreprise ou d'un groupe d'au moins cinquante salariés au cours de cette même période, la nouvelle entité juridique est redevable, à compter de sa création, de la contribution au taux de 20 %.

Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 du présent code est fixé à 16 % pour les versements des sommes issues de l'intéressement et de la participation ainsi que pour les contributions des entreprises mentionnées au premier alinéa de l'article L. 3334-6 du code du travail et versées sur un plan d'épargne pour la retraite collectif dont le règlement respecte les conditions suivantes :

1° Les sommes recueillies sont affectées par défaut, dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 3334-11 du même code ;

2° L'allocation de l'épargne est affectée à l'acquisition de parts de fonds, dans des conditions fixées par décret, qui comportent au moins 7 % de titres susceptibles d'être employés dans un plan d'épargne en actions destiné au financement des petites et moyennes entreprises et des entreprises de taille intermédiaire, dans les conditions prévues à l'article L. 221-32-2 du code monétaire et financier.

Article L137-17

Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Section 10 : Contribution salariale sur les distributions et gains nets afférents à des parts de fonds communs de placement à risques, des actions de sociétés de capital-risque ou des droits représentatifs d'un placement financier dans une entité mentionnée au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A du code général des impôts

Article L137-18

Il est institué une contribution sociale libératoire au taux de 30 % assise sur les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 quindécies du code général des impôts qui, en application du même article, sont imposables à l'impôt sur le revenu au nom des salariés et dirigeants bénéficiaires selon les règles applicables aux traitements et salaires. Elle est mise à la charge de ces salariés et dirigeants et affectée à la Caisse nationale des allocations familiales.

Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6.

Section 11 : Prélèvements sur les jeux, concours et paris

Article L137-19

Il est institué, au profit de la Caisse nationale des allocations familiales, un prélèvement sur le produit des appels à des numéros surtaxés effectués dans le cadre des programmes télévisés et radiodiffusés comportant des jeux et concours.

Le prélèvement est assis sur le montant des appels effectués au moyen de numéros audiotels ou de messages écrits adressés, net des coûts de l'opérateur de téléphonie et des remboursements de la participation aux jeux et concours, et diminué de la valeur des gains distribués aux spectateurs, aux auditeurs et aux candidats.

Le prélèvement est acquitté par l'organisateur du jeu ou du concours.

Le taux du prélèvement est fixé à 9,5 %.

L'exigibilité du prélèvement est constituée par l'encaissement des sommes versées au titre des appels à des numéros surtaxés mentionnés au premier alinéa. Ce prélèvement est déclaré et liquidé :

1° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime réel normal d'imposition prévu au 2 de l'article 287 du code général des impôts, sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 du même article 287 déposée au titre du mois ou du trimestre au cours duquel l'exigibilité est intervenue ;

2° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A du même code, sur la déclaration annuelle mentionnée au 3 de l'article 287 du même code déposée au titre de l'exercice au cours duquel l'exigibilité est intervenue ;

3° Pour les personnes non redevables de la taxe sur la valeur ajoutée et les assujettis non établis en France se prévalant d'un des régimes particuliers mentionnés aux articles 359 et 369 ter de la directive 2006/112/ CE du Conseil du 28 novembre 2006 relative au système commun de la taxe sur la valeur ajoutée, sur l'annexe à la déclaration prévue au 1 de l'article 287 du code général des impôts déposée auprès du service chargé du recouvrement dont relève le siège ou le principal établissement au plus tard le 25 du mois qui suit celui au cours duquel l'exigibilité est intervenue.

Ce prélèvement est recouvré et contrôlé selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces mêmes taxes.

Article L137-20

Il est institué, pour le pari mutuel organisé et exploité par les sociétés de courses dans les conditions fixées par l'article 5 de la loi du 2 juin 1891 ayant pour objet de réglementer l'autorisation et le fonctionnement des courses de chevaux et pour les paris hippiques en ligne mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne, un prélèvement de 1,8 % sur les sommes engagées par les parieurs.

Ce prélèvement est dû par le Pari mutuel urbain ou les sociétés de courses intéressées pour les paris organisés dans les conditions fixées par l'article 5 de la loi du 2 juin 1891 précitée et par les personnes devant être soumises, en tant qu'opérateur de paris hippiques en ligne, à l'agrément mentionné à l'article 21 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Article L137-21

Il est institué, pour les paris sportifs organisés et exploités dans les conditions fixées par l'article 42 de la loi de finances pour 1985 (n° 84-1208 du 29 décembre 1984) et pour les paris sportifs en ligne organisés et exploités dans les conditions fixées à l'article 12 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée, un prélèvement de 1,8 % sur les sommes engagées par les parieurs.

Ce prélèvement est dû par la personne morale chargée de l'exploitation des paris sportifs dans les conditions fixées par l'article 42 de la loi de finances pour 1985 précitée et par les personnes devant être soumises, en tant qu'opérateur de paris sportifs en ligne, à l'agrément mentionné à l'article 21 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Article L137-22

Il est institué, pour les jeux de cercle en ligne organisés et exploités dans les conditions fixées par l'article 14 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée, un prélèvement de 0,2 % sur les sommes engagées par les joueurs.

Ce prélèvement est dû par les personnes devant être soumises, en tant qu'opérateur de jeux de cercle en ligne, à l'agrément mentionné à l'article 21 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Article L137-23

Les prélèvements mentionnés aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 sont assis sur le montant brut des sommes engagées par les joueurs et parieurs. Les gains réinvestis par ces derniers sous forme de nouvelles mises sont également assujettis à ces prélèvements.

S'agissant des jeux de cercle organisés sous forme de tournoi et donnant lieu au paiement, par chaque joueur, d'un droit d'entrée représentatif d'une somme déterminée que celui-ci engagera au jeu, le prélèvement mentionné à l'article L. 137-22 est assis sur le montant de ce droit d'entrée et, le cas échéant, sur le ou les droits d'entrée ultérieurement acquittés par le joueur afin de continuer à jouer.

S'agissant des autres jeux de cercle, le prélèvement mentionné à l'article L. 137-22 est plafonné à 0,1 € par donne.

Article L137-24

Le produit des prélèvements prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 est affecté à concurrence de 5 % et dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 à l' Agence nationale de santé publique.

Le surplus du produit de ces prélèvements est affecté à la Caisse nationale des allocations familiales.

Article L137-25

Dans le cas d'un jeu ou d'un pari en ligne, le prélèvement est dû au titre des sommes engagées dans le cadre d'une session de jeu ou de pari réalisée au moyen d'un compte joueur ouvert sur un site dédié tel que défini à l'article 24 de la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 précitée.

Article L137-26

L'exigibilité des prélèvements mentionnés aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 est constituée par l'encaissement des sommes engagées par les parieurs ou joueurs.

Le produit de ces prélèvements est déclaré et liquidé par les opérateurs de jeux ou de paris en ligne mentionnés au second alinéa de ces mêmes articles selon les modalités suivantes :

1° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime réel normal d'imposition prévu au 2 de l'article 287 du code général des impôts, sur l'annexe à la déclaration mentionnée au 1 du même article 287 déposée au titre du mois ou du trimestre au cours duquel l'exigibilité est intervenue ;

2° Pour les redevables de la taxe sur la valeur ajoutée soumis au régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 septies A du même code, sur la déclaration annuelle mentionnée au 3 de l'article 287 du même code déposée au titre de l'exercice au cours duquel l'exigibilité est intervenue ;

3° Pour les personnes non redevables de la taxe sur la valeur ajoutée et les assujettis non établis en France se prévalant d'un des régimes particuliers mentionnés aux articles 359 et 369 ter de la directive 2006/112/ CE du Conseil du 28 novembre 2006 relative au système commun de la taxe sur la valeur ajoutée, sur l'annexe à la déclaration prévue au 1 de l'article 287 du code général des impôts déposée auprès du service chargé du recouvrement dont relève le siège ou le principal établissement au plus tard le 25 du mois qui suit celui au cours duquel l'exigibilité est intervenue.

Ces prélèvements sont recouverts et contrôlés selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces mêmes taxes.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 8 : Contributions à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques

Section 1 : Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques

Article L138-1

Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L5124-1, L5124-2, L5136-2 et L5124-18 du code de la santé publique lorsqu'elles vendent en gros des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires hors taxes n'excède pas 30 millions d'euros.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38.

Article L138-2

La contribution due par chaque entreprise est assise sur le montant du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-1.

L'assiette de la contribution est composée de trois parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile ; une deuxième part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et celui réalisé l'année civile précédente. Une troisième part est constituée, pour les spécialités autres que celles mentionnées aux

deux dernières phrases du premier alinéa de l'article L. 138-9, de la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise au cours de l'année civile correspondant au montant de la marge rétrocédé aux pharmacies mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-1. Ce montant est égal à la différence entre la marge maximum mentionnée au deuxième alinéa du même article et la marge effectivement appliquée par l'entreprise.

Le montant de la contribution est calculé en appliquant :

- a) Un taux de 1,75 % à la première part ;
- b) Un taux de 2,25 % à la deuxième part, y compris lorsqu'elle est négative ;
- c) Un taux de 20 % à la troisième part.

Le montant cumulé résultant des opérations effectuées sur les deux premières part de l'assiette de la contribution, conformément aux a et b, ne peut ni excéder 2,55 %, ni être inférieur à 1,25 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile.

Lorsqu'une entreprise est soumise pour la première fois à la contribution, elle n'est redevable la première année que de la première et de la troisième parts. En ce qui concerne le calcul de la seconde part pour la deuxième année d'acquittement de la contribution, et dans le cas où l'entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de la première année civile, le chiffre d'affaires pris en compte au titre de la première année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir une année civile dans son intégralité.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L138-4

La contribution est versée de manière provisionnelle le 1er juin de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au 1er mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile.

Article L138-7

La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L138-8

Le produit de la contribution est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article L138-9

Les remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consentis par tout fournisseur des officines en spécialités pharmaceutiques remboursables ne peuvent excéder par année civile et par ligne de produits, pour chaque officine, 2,5 % du prix fabricant hors taxes de ces spécialités. Pour les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, pour les spécialités inscrites au répertoire des groupes génériques en application des deux dernières phrases du b du même 5° et pour les spécialités de référence définies au a dudit 5° dont le prix de vente au public est identique à celui des autres spécialités du groupe générique auquel elles appartiennent, ce plafond est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes. Pour les spécialités non génériques soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité, le plafond est fixé par l'arrêté précité, dans la limite de 50 % du prix fabricant hors taxes correspondant au tarif forfaitaire de responsabilité.

Les infractions aux dispositions prévues au présent article sont passibles des sanctions pénales applicables aux infractions mentionnées à l'article L. 162-38. Ces infractions sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce.

Toutefois, ce plafonnement ne s'applique pas pendant la durée de validité d'un accord de bonnes pratiques commerciales, agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale, conclu entre les organisations représentatives des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et celles des pharmaciens d'officine.

Article L138-9-1

Tout fournisseur des officines de spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est tenu de déclarer au comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3 du présent code les montants totaux, par année civile et par spécialité pharmaceutique, des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France et des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consentis, conformément à l'article L. 138-9 du présent code, au titre des ventes de ces spécialités pharmaceutiques remboursables aux officines de pharmacie. Lorsque la déclaration prévue au présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge du fournisseur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes mentionnées au premier alinéa du présent article réalisé en France par le fournisseur au titre du dernier exercice clos. La pénalité est reconductible, le cas échéant, chaque année. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné. La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction. Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives

aux déclarations faites par les fournisseurs. Ces éléments de contrôle sont transmis au comité économique des produits de santé. La déclaration prévue au présent article est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, le comité peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou au distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes réalisées en France. Les troisième et quatrième alinéas du présent article sont applicables à cette pénalité.

Section 2 : Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques

Article L138-10

Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés au deuxième alinéa du présent article par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 du présent code et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1, a évolué de plus d'un taux (L), déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et des contributions prévues au présent article et à l'article L. 138-19-1, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

Les médicaments pris en compte pour le calcul des chiffres d'affaires mentionnés au premier alinéa du présent article sont ceux inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code et ceux pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ne sont toutefois pas pris en compte :

1° Les médicaments ayant, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, au moins une indication désignée comme orpheline en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, pour lesquels le chiffre d'affaires, hors taxes, n'excède pas 30 millions d'euros ;

2° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique.

Article L138-11

L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-10, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5, L. 162-18 et L. 162-22-7-1 et de la contribution prévue à l'article L. 138-19-1.

Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou tarif de remboursement n'a pas encore été fixé, au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa dudit article.

Article L138-12

Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

TAUX D'ACCROISSEMENT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (T)	TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	50 %
T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	60 %
T supérieur à L + 1 point	70 %

La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée, à concurrence de 50 %, au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-11 et, à concurrence de 50 %, en fonction de la progression de son chiffre d'affaires défini à l'article L. 138-10. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-13. Les entreprises créées depuis moins d'un an ne sont pas redevables de la part de la contribution répartie en fonction de la progression du chiffre d'affaires, sauf si la création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

Article L138-13

Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement, sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments mentionnés à l'article L. 138-10 bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de

l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement d'une remise.

Les entreprises signataires d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution. A défaut, une entreprise signataire d'un tel accord est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de l'accord est supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

Article L138-14

En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

Article L138-15

La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er juillet suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

La fixation du prix ou du tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 entraîne une régularisation du montant total et de la répartition entre les entreprises redevables de la contribution due au titre de l'année précédant la fixation de ce prix ou de ce tarif. Cette régularisation s'impute sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.

Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er avril de l'année suivante.

Article L138-16

Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-13 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Section 3 : Contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C

Article L138-19-1

Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile, au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18, est supérieur à un montant W déterminé par la loi et s'est accru de plus de 10 % par rapport au même chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, minoré des remises mentionnées aux articles L. 138-19-4, L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18 et de la contribution prévue au présent article, les entreprises titulaires des droits d'exploitation de ces médicaments sont assujetties à une contribution.

La liste des médicaments mentionnés au premier alinéa du présent article est établie et publiée par la Haute Autorité de santé. Le cas échéant, cette liste est actualisée après chaque autorisation de mise sur le marché ou autorisation temporaire d'utilisation de médicaments qui en relèvent.

Article L138-19-2

L'assiette de la contribution est égale au chiffre d'affaires de l'année civile mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-19-1, minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1, L. 162-17-5 et L. 162-18 et après déduction de la part du chiffre d'affaires afférente à chaque médicament figurant sur la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes correspondant est inférieur à 45 millions d'euros.

Pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code et dont le prix ou le tarif de remboursement n'a pas encore été fixé en application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6, un montant prévisionnel de la remise due en application de l'article L. 162-16-5-1 est calculé pour la détermination de l'assiette de la contribution. Ce montant prévisionnel est égal au nombre d'unités déclarées sur l'année considérée par l'entreprise concernée au Comité économique des produits de santé en application du deuxième alinéa du même article L. 162-16-5-1, multiplié par un montant correspondant à 30 % de l'indemnité maximale déclarée en application du premier alinéa dudit article.

Article L138-19-3

Le montant total de la contribution est calculé comme suit :

MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (S)	TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)
S supérieur à W et inférieur ou égal à W + 10 %	50 %
S supérieur à W + 10 % et inférieur ou égal à W + 20 %	60 %
S supérieur à W + 20 %	70 %

La contribution due par chaque entreprise redevable est déterminée au prorata de son chiffre d'affaires calculé selon les modalités définies à l'article L. 138-19-2. Elle est minorée, le cas échéant, des remises versées au titre de l'article L. 138-19-4.

Le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de

l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique.

Le montant cumulé des contributions mentionnées aux articles L. 138-10 et L. 138-19-1 du présent code dues par chaque entreprise redevable ne peut excéder 15 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au cours de l'année civile considérée, au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5111-1 du code de la santé publique. L'excédent éventuel s'impute sur la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du présent code.

Article L138-19-4

Les entreprises redevables de la contribution qui, en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5 et L. 162-16-6, ont conclu avec le Comité économique des produits de santé, pour l'ensemble des médicaments de la liste mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-19-1 qu'elles exploitent, une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due et conforme aux modalités définies par un accord conclu, le cas échéant, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 peuvent signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement sous forme de remise, à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Les entreprises exploitant les médicaments de la liste précitée bénéficiant d'une autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, dont le syndicat représentatif est signataire de l'accord mentionné au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, peuvent également signer avec le comité un accord prévoyant le versement de remises.

Une entreprise signataire d'un accord mentionné au premier alinéa du présent article est exonérée de la contribution si la remise qu'elle verse en application de cet accord est supérieure ou égale à 90 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution.

Article L138-19-5

En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

Article L138-19-6

La contribution due par chaque entreprise redevable fait l'objet d'un versement au plus tard le 1er avril suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

Le montant total de la contribution et sa répartition entre les entreprises redevables fait l'objet d'une régularisation l'année suivant celle au cours de laquelle le prix ou le tarif des médicaments concernés par les remises dues en application de l'article L. 162-16-5-1 a été fixé. Cette régularisation s'impute sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé.

Les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de

déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 31 janvier de l'année suivante.

Article L138-19-7

Le produit de la contribution et des remises mentionnées à l'article L. 138-19-4 est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 8 bis : Dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général et par l'administration fiscale

Article L138-20

Les contributions instituées aux articles L. 138-1, L. 138-10, L. 138-19-1, L. 245-1, L. 245-5-1, L. 245-5-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les déclarations et versements afférents à ces contributions sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au deuxième alinéa du présent article entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % des contributions dont la déclaration ou le versement a été effectué par une autre voie que la voie dématérialisée. Ces majorations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement de ces contributions dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à ces contributions.

Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.

Article L138-21

Les contributions et prélèvements sociaux définis aux articles L. 136-7 et L. 245-15 du présent code, au 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles pour son renvoi à l'article L. 245-15 du présent code, au 2° du I de l'article 1600-0 S du code général des impôts et à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale pour son renvoi à l'article L. 136-7 du présent code sont déclarés et versés simultanément par les établissements payeurs.

Les acomptes dus en application du IV du même article L. 136-7 en ce qu'il s'applique aux contributions et prélèvements mentionnés au premier alinéa du présent article autres que la contribution définie audit article L. 136-7 sont déterminés sur la base de l'assiette de cette contribution et font l'objet d'un versement global.

Article L138-22

Les entreprises ou les groupes non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

Article L138-23

Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent chapitre.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 8 ter : Pénalités

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 9 bis : Neutralisation des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base et ces régimes

Article L139-2

Les relations financières entre l'Etat et les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, d'une part, l'Etat et ces régimes, d'autre part, les organismes concourant à leur financement et les régimes obligatoires de base, enfin, sont régies par des conventions qui garantissent en particulier la neutralité des flux financiers pour la trésorerie des régimes obligatoires de base.

Ces conventions ne peuvent prévoir, pour le versement des sommes dues par l'Etat au titre de l'article L. 131-7, une périodicité supérieure à dix jours. Toutefois, lorsque le dixième jour n'est pas un jour ouvré, les conventions précitées peuvent prévoir que ce versement sera effectué le premier jour ouvré suivant. Les régimes mentionnés à l'article L. 131-7 peuvent renoncer au bénéfice des dispositions prévues par le présent alinéa.

Pour les prestations versées pour le compte de l'Etat ou pour les mesures qui font l'objet d'une compensation intégrale par l'Etat mentionnée à l'article L. 131-7, la différence entre le montant définitif de la dépense ou de la perte de recettes qui en résulte pour les organismes de base de sécurité sociale, du 1er janvier au 31 décembre de l'exercice considéré, et le montant des versements de l'Etat au titre de cette compensation, sur la même période, est retracée dans l'état semestriel des sommes restant dues par l'Etat transmis par le Gouvernement au Parlement avant la fin du mois de janvier de l'exercice suivant, mentionné à l'article LO 111-10-1.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les versements ou reversements effectués par l'Etat ou les organismes concernés en application d'une loi de finances rectificative ou d'une loi de financement de la sécurité sociale sont réputés intervenir à la date de publication de ladite loi.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 9 ter : Gestion des risques financiers

Article L139-3

Les ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ne peuvent consister qu'en des avances de trésorerie ou des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois auprès de la Caisse des dépôts et consignations ou d'une ou plusieurs sociétés de financement ou d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou, dans les conditions fixées à l'article L. 225-1-4, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cadre d'une convention soumise à l'approbation des ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné.

Toutefois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également autorisée à émettre des titres de créances négociables, dans les mêmes conditions de durée. Son programme d'émission fait l'objet chaque année d'une approbation par les ministres chargés de sa tutelle.

Ces dispositions sont sans préjudice de prêts et avances pouvant être consentis aux régimes et organismes mentionnés au premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions d'approbation et de durée, par un organisme gestionnaire d'un régime obligatoire de protection sociale ou par un organisme ou fonds mentionné au 8° du III de l'article LO 111-4.

Article L139-4

Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, les organismes concourant à leur financement et les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ne peuvent placer leurs disponibilités excédant leurs besoins de trésorerie que dans des actifs réalisables à des échéances compatibles avec la durée prévisible de ces disponibilités.

Article L139-5

Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement les résultats d'un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, notamment dans le cadre de ses opérations d'émission de titres de créances négociables et de placement de ses excédents.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 1er : Expertise médicale

Article L141-1

Les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment à la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle et celles relatives à leur prise en charge thérapeutique, à l'exclusion des contestations régies par l'article L. 143-1, donnent lieu à une procédure d'expertise médicale dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ces dispositions sont également applicables aux contestations d'ordre médical relatives à l'état de santé de l'enfant pour l'ouverture du droit à l'allocation journalière de présence parentale prévue aux articles L. 544-1 à L. 544-9.

Article L141-2

Quand l'avis technique de l'expert ou du comité prévu pour certaines catégories de cas a été pris dans les conditions fixées par le décret en Conseil d'Etat auquel il est renvoyé à l'article L. 141-1, il s'impose à l'intéressé comme à la caisse. Au vu de l'avis technique, le juge peut, sur demande d'une partie, ordonner une nouvelle expertise.

Article L141-2-1

Sans préjudice des dispositions des articles L. 141-1 et L. 141-2, les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes de biologie médicale peuvent donner lieu, à la demande du juge, à une expertise technique spécifique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L141-2-2

Lorsque sont contestées, en application de l'article L. 142-1 du présent code, les conditions de reconnaissance du caractère professionnel d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou

l'imputabilité des lésions ou des prestations servies à ce titre, le praticien-conseil du contrôle médical du régime de sécurité sociale concerné transmet, sans que puisse lui être opposé l'article 226-13 du code pénal, à l'attention du médecin expert désigné par la juridiction compétente, les éléments médicaux ayant contribué à la décision de prise en charge ou de refus et à la justification des prestations servies à ce titre.

A la demande de l'employeur, ces éléments sont notifiés au médecin qu'il mandate à cet effet. La victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est informée de cette notification.

Article L141-3

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au régime général de sécurité sociale, au régime social des indépendants, au régime de la mutualité sociale agricole, et, en ce qui concerne les accidents du travail en agriculture, aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Elles sont également applicables aux divers régimes spéciaux avec les adaptations nécessaires déterminées par arrêté ministériel.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 2 : Contentieux général

Section 1 : Dispositions générales

Article L142-1

Il est institué une organisation du contentieux général de la sécurité sociale.

Cette organisation règle les différends auxquels donnent lieu l'application des législations et réglementations de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, et qui ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux, ainsi que le recouvrement mentionné au 5° de l'article L. 213-1.

Article L142-2

Le tribunal des affaires de sécurité sociale connaît en première instance des litiges relevant du contentieux général de la sécurité sociale, de ceux relatifs à l'application de l'article L. 4162-13 du code du travail ainsi que de ceux relatifs au recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 143-11-6, L. 1233-66, L. 1233-69, L. 351-3-1 et L. 351-14 du code du travail.

La cour d'appel statue sur les appels interjetés contre les décisions rendues par le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article L142-3

Les dispositions de l'article L. 142-2 ne sont pas applicables :

1°) aux contestations régies par l'article L. 143-1 ;

2°) au contrôle technique exercé à l'égard des praticiens ;

3°) aux recours formés contre les décisions des autorités administratives ou tendant à mettre en jeu la responsabilité des collectivités publiques à raison de telles décisions ;

4°) aux poursuites pénales engagées en application des législations et réglementations de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole.

Section 3 : Juridictions

Sous-section 1 : Tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article L142-4

Le tribunal des affaires de sécurité sociale est présidé par un magistrat du siège du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le tribunal des affaires de sécurité sociale a son siège ou par un magistrat du siège honoraire, désigné pour trois ans par ordonnance du premier président de la cour d'appel prise après avis de l'assemblée générale des magistrats du siège de la cour d'appel. Il comprend, en outre, un assesseur représentant les travailleurs salariés et un assesseur représentant les employeurs et travailleurs indépendants.

Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire.

Toutefois, lorsque le tribunal des affaires de sécurité sociale est appelé à déterminer si le régime applicable à l'une des parties à l'instance est celui d'une profession agricole ou celui d'une profession non agricole, il est composé, outre son président, de deux assesseurs représentant les travailleurs salariés dont l'un appartient à une profession agricole et l'autre à une profession non agricole, et de deux assesseurs représentant les employeurs et travailleurs indépendants, dont l'un appartient à une profession agricole et l'autre à une profession non agricole.

Article L142-5

Les assesseurs sont désignés pour une durée de trois ans par ordonnance du premier président de la cour d'appel, prise après avis du président du tribunal des affaires de sécurité sociale, sur une liste dressée dans le ressort de chaque tribunal par l'autorité compétente de l'Etat, sur proposition des organisations professionnelles les plus représentatives intéressées. Leurs fonctions peuvent être renouvelées suivant les mêmes formes. En l'absence de liste ou de proposition, le premier président de la cour d'appel peut renouveler les fonctions d'un ou plusieurs assesseurs pour une nouvelle durée de trois ans.

Des assesseurs suppléants sont désignés concomitamment dans les mêmes formes.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.

Article L142-7

Dans le cas où le tribunal des affaires de sécurité sociale ne peut siéger avec la composition prévue à l'article L. 142-4, l'audience est reportée à une date ultérieure, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, sauf accord des parties pour que le président statue seul après avoir recueilli, le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent.

L'audience ne peut être reportée plus d'une fois. Dans le cas où, à la deuxième audience, le tribunal des affaires de sécurité sociale ne peut à nouveau siéger avec la composition prévue à l'article L. 142-4, le président statue seul après avoir recueilli, le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent.

Article L142-8

Dans les circonscriptions où il n'est pas établi de tribunal des affaires de sécurité sociale, le tribunal de grande instance connaît des matières attribuées aux tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Section 5 : Dispositions diverses

Article L142-9

Les juridictions mentionnées à l'article L. 142-2 soulèvent d'office les prescriptions prévues au présent code et au livre VII du code rural et de la pêche maritime.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 3 : Contentieux technique de la sécurité sociale

Section 1 : Dispositions générales

Article L143-1

Il est institué une organisation du contentieux technique de la sécurité sociale.

Cette organisation règle les contestations relatives :

1°) à l'état ou au degré d'invalidité, en cas d'accident ou de maladie non régie par le livre IV du présent code et à l'état d'inaptitude au travail ;

2°) à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment au taux de cette incapacité, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

3°) A l'état d'incapacité de travail pour l'application des dispositions du livre VII du code rural et de la pêche maritime autres que celles relevant du contentieux général de la sécurité sociale ;

4°) aux décisions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses de mutualité sociale agricole concernant, en matière d'accident du travail agricole et non agricole, la fixation du taux de cotisation, l'octroi de ristournes, l'imposition de cotisations supplémentaires et, pour les accidents régis par le livre IV du code de la sécurité sociale, la détermination de la contribution prévue à l'article L. 437-1 du présent code.5°) Aux décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnées au premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles.

Les dispositions des 1° à 3° du présent article ne sont pas applicables aux accidents du travail survenus et aux maladies professionnelles constatées dans l'exercice des professions agricoles dans les départements autres que ceux du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L143-1-1

Pour les contestations mentionnées au 5° de l'article L. 143-1, le médecin de la maison départementale des personnes handicapées concernée transmet, sans que puisse lui être opposé l'article 226-13 du code pénal, à l'attention exclusive du médecin expert ou du médecin consultant désigné par la juridiction compétente, l'intégralité du rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité ou à la décision critiquée. Le requérant est informé de cette notification. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.

Section 2 : Les tribunaux du contentieux de l'incapacité

Sous-section 1 : Compétence et organisation.

Article L143-2

Les contestations mentionnées aux 1^o, 2^o, 3^o et 5^o de l'article L. 143-1 sont soumises à des tribunaux du contentieux de l'incapacité.

Les tribunaux du contentieux de l'incapacité comprennent trois membres. Ils se composent d'un président, magistrat honoraire de l'ordre administratif ou judiciaire, d'un assesseur représentant les travailleurs salariés et d'un assesseur représentant les employeurs ou travailleurs indépendants.

Si un magistrat honoraire ne peut être désigné en qualité de président, la présidence est assurée par une personnalité présentant des garanties d'indépendance et d'impartialité, et que sa compétence et son expérience dans les domaines juridiques qualifient pour l'exercice de ces fonctions.

Le président est désigné pour trois ans renouvelables par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, sur une liste de quatre noms dressée par le premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège.

Un président suppléant est désigné concomitamment dans les mêmes formes et sous les mêmes conditions.

La présidence d'une formation de jugement peut être assurée par un magistrat honoraire ou une personnalité qualifiée autre que le président du tribunal, désigné dans les mêmes formes.

Le remplacement d'un président de formation de jugement peut être assuré, en cas d'empêchement, par le président du tribunal ou l'un quelconque des présidents de formation de jugement, désigné par ordonnance du président du tribunal.

Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire.

Ils sont désignés pour une durée de trois ans par le premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège sur des listes dressées sur proposition des organisations professionnelles les plus représentatives intéressées par l'autorité compétente de l'Etat. Leurs fonctions peuvent être renouvelées suivant les mêmes formes. En l'absence de liste ou de proposition, le premier président de la cour d'appel peut renouveler les fonctions d'un ou plusieurs assesseurs pour une nouvelle durée de trois ans.

Des assesseurs suppléants sont désignés concomitamment dans les mêmes formes.

Une indemnité est allouée aux membres du tribunal pour l'exercice de leurs fonctions.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.

Article L143-2-1

Les assesseurs titulaires et suppléants des tribunaux du contentieux de l'incapacité doivent être de nationalité française, âgés de vingt-trois ans au moins, avoir la capacité d'être juré de cour d'assises et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation prévue et réprimée par le code de la sécurité sociale.

Avant d'entrer en fonctions, ils prêtent individuellement serment devant la cour d'appel de remplir leurs fonctions avec zèle et intégrité et de garder le secret des délibérations. Leurs fonctions sont incompatibles avec celles de membre des conseils ou des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole.

La récusation d'un assesseur d'un tribunal du contentieux de l'incapacité peut être demandée dans les conditions fixées à l'article L. 143-8.

L'assesseur titulaire ou suppléant qui, sans motif légitime et après mise en demeure, s'abstient d'assister à une audience peut être déclaré démissionnaire. Le président du tribunal du contentieux de l'incapacité constate le refus de service par procès-verbal, l'assesseur préalablement entendu ou dûment appelé. Au vu du procès-verbal, la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège statue en audience solennelle, après avoir appelé l'intéressé.

Tout manquement d'un assesseur à l'honneur, à la probité, à la dignité ou aux devoirs de sa charge constitue une faute.

Les sanctions qui peuvent lui être infligées sont le blâme, la suspension pour une durée qui ne peut excéder six mois, la déchéance. Le blâme et la suspension sont prononcés par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice. La déchéance est prononcée par décret.

L'assesseur est appelé par le président du tribunal auquel il appartient pour s'expliquer sur les faits qui lui sont reprochés. Dans le délai d'un mois à dater de la convocation, le procès-verbal de la séance de comparution est adressé par le président du tribunal au premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège et au procureur général près ladite cour d'appel, qui le transmettent sans délai au garde des sceaux, ministre de la justice.

L'assesseur qui, postérieurement à sa désignation, perd sa capacité d'être juré ou est condamné pour une infraction prévue et réprimée par le code de la sécurité sociale est déchu de plein droit.

Sur proposition du premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal du contentieux de l'incapacité a son siège, le garde des sceaux, ministre de la justice, saisi d'une plainte ou informé de faits de nature à entraîner des poursuites pénales contre un assesseur, peut suspendre l'intéressé pour une durée qui ne peut excéder six mois. Il est fait application de la procédure prévue au septième alinéa.

Article L143-2-3

Lorsque, par suite de l'absence d'assesseurs, titulaires ou suppléants, régulièrement convoqués, ou de leur récusation, le tribunal du contentieux de l'incapacité ne peut se réunir au complet, l'audience est reportée à

une date ultérieure, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, sauf accord des parties pour que le président statue seul après avoir recueilli, le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent.

L'audience ne peut être reportée plus d'une fois pour l'un des motifs précédemment indiqués. Dans les cas où le tribunal ne peut de nouveau siéger "pour l'un de ces motifs" le président statue seul après avoir recueilli, le cas échéant, l'avis de l'assesseur présent.

Article L143-2-4

Dans les circonscriptions où il n'est pas établi de tribunal du contentieux de l'incapacité, le tribunal de grande instance connaît des matières attribuées aux tribunaux du contentieux de l'incapacité.

Section 3 : Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail

Sous-section 1 : Compétence et organisation.

Article L143-3

Les contestations mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article L. 143-1 sont portées en appel devant une Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail composée d'un président, magistrat du siège de la cour d'appel dans le ressort de laquelle la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail a son siège, désigné pour trois ans dans les formes prévues pour la nomination des magistrats du siège, de présidents de section, magistrats du siège de ladite cour d'appel désignés pour trois ans par ordonnance du premier président prise avec leur consentement et après avis de l'assemblée générale des magistrats du siège et d'assesseurs représentant les travailleurs salariés, d'une part, et les employeurs ou travailleurs indépendants, d'autre part.

Article L143-4

Les contestations mentionnées au 4° de l'article L. 143-1, sont soumises en premier et dernier ressort à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail prévue à l'article L. 143-3.

Article L143-5

I. - Les assesseurs représentant les salariés et les assesseurs représentant les employeurs ou travailleurs indépendants sont nommés pour trois ans renouvelables par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, sur une liste dressée par le premier président de la Cour de cassation sur proposition des organisations professionnelles les plus représentatives intéressées.

Un nombre égal d'assesseurs suppléants est désigné concomitamment et dans les mêmes formes.

II. - Les employeurs sont tenus de laisser aux salariés de leur entreprise, membres assesseurs de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, le temps nécessaire pour l'exercice de leurs fonctions.

Article L143-6

La Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail comprend des sections dont le nombre et les attributions sont déterminés par décret en Conseil d'Etat. Chaque section se compose de son président et de deux assesseurs représentant l'un les travailleurs salariés, l'autre les employeurs ou travailleurs indépendants.

Les assesseurs appartiennent aux professions agricoles lorsque le litige intéresse un ressortissant de ces professions et aux professions non agricoles dans le cas contraire.

Le siège de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Article L143-7

Les assesseurs titulaires et suppléants de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail doivent être de nationalité française, âgés de vingt-trois ans au moins, avoir la capacité d'être juré de cour d'assises et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation prévue et réprimée par le présent code.

Avant d'entrer en fonctions, ils prêtent individuellement serment devant la cour d'appel de remplir leurs fonctions avec zèle et intégrité et de garder le secret des délibérations. Leurs fonctions sont incompatibles avec celles de membre des conseils ou conseils d'administration des organismes de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole.

Article L143-8

La récusation d'un assesseur peut être demandée :

1° Si lui ou son conjoint a un intérêt personnel à la contestation ;

2° Si lui ou son conjoint est parent ou allié d'une des parties jusqu'au quatrième degré inclusivement ;

3° S'il y a eu ou s'il y a procès entre lui ou son conjoint et l'une des parties ou son conjoint ;

4° S'il a précédemment connu de l'affaire comme assesseur ;

5° S'il existe un lien de subordination entre l'assesseur ou son conjoint et l'une des parties ou son conjoint ;

6° S'il y a amitié ou inimitié notoire entre l'assesseur et l'une des parties.

Article L143-9

L'assesseur titulaire ou suppléant qui, sans motif légitime et après mise en demeure, s'abstient d'assister à une audience peut être déclaré démissionnaire. Le président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail constate le refus de service par procès-verbal, l'assesseur préalablement entendu ou dûment appelé. Au vu du procès-verbal, la cour d'appel dans le ressort de laquelle la cour a son siège statue en audience solennelle, après avoir appelé l'intéressé.

Tout manquement d'un assesseur à l'honneur, à la probité, à la dignité ou aux devoirs de sa charge constitue une faute.

Les sanctions qui peuvent lui être infligées sont le blâme, la suspension pour une durée qui ne peut excéder six mois, la déchéance. Le blâme et la suspension sont prononcés par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice. La déchéance est prononcée par décret.

L'assesseur est appelé par le président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail devant la section à laquelle il appartient pour s'expliquer sur les faits qui lui sont reprochés. Dans le délai d'un mois à dater de la convocation, le procès-verbal de la séance de comparution est adressé par le président de la juridiction au premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle la cour nationale a son siège et au procureur général près ladite cour d'appel, qui le transmettent sans délai au garde des sceaux, ministre de la justice.

L'assesseur qui, postérieurement à sa désignation, perd sa capacité d'être juré ou est condamné pour une infraction prévue et réprimée par le présent code est déchu de plein droit.

Sur proposition du premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail a son siège, le garde des sceaux, ministre de la justice, saisi d'une plainte ou informé de faits de nature à entraîner des poursuites pénales contre un assesseur, peut suspendre l'intéressé pour une durée qui ne peut excéder six mois. Il est fait application de la procédure prévue au quatrième alinéa.

Article L143-9-1

Les notifications des décisions rendues par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées rappellent à la personne les voies de recours, ainsi que le droit de demander l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation conformément à l'article L. 146-10 du code de l'action sociale et des familles ou de bénéficier des procédures de traitement amiable des litiges prévues à l'article L. 146-13 du même code.

Article L143-10

Pour les contestations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 143-1, le praticien-conseil du contrôle médical du régime de sécurité sociale concerné transmet, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, à l'attention du médecin expert ou du médecin consultant désigné par la juridiction compétente, l'entier rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité de travail permanente. A la demande de l'employeur, ce rapport est notifié au médecin qu'il mandate à cet effet. La victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est informée de cette notification.

Pour les contestations mentionnées au 5° de l'article L. 143-1, la juridiction compétente peut solliciter, outre l'avis du médecin, l'expertise d'une ou plusieurs personnes qualifiées dans le domaine concerné par la décision mise en cause.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.

Article L143-11

Chaque année, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail rend public un rapport sur son activité.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 4 : Dispositions communes - Dispositions diverses

Section 1 : Dispositions relatives aux membres des juridictions de sécurité sociale du premier degré

Article L144-1

Les assesseurs des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des tribunaux du contentieux de l'incapacité doivent être de nationalité française, âgés de vingt-trois ans au moins, remplir les conditions d'aptitude pour être juré fixées par les articles 255 à 257 du code de procédure pénale et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour une infraction pénale prévue par le livre VII du code rural et de la pêche maritime ou par le code de la sécurité sociale.

Avant d'entrer en fonctions, les assesseurs titulaires et suppléants prêtent serment devant la cour d'appel de remplir leurs fonctions avec zèle et intégrité et de garder le secret des délibérations.

Les membres des conseils ou des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole ne peuvent être désignés en qualité d'assesseurs ou d'assesseurs suppléants du tribunal des affaires de sécurité sociale et du tribunal du contentieux de l'incapacité.

Les employeurs sont tenus de laisser aux salariés de leur entreprise, membres assesseurs d'un tribunal des affaires de sécurité sociale ou d'un tribunal du contentieux de l'incapacité, le temps nécessaire pour l'exercice de leurs fonctions.

Article L144-2

L'assesseur d'un tribunal des affaires de sécurité sociale ou d'un tribunal du contentieux de l'incapacité, titulaire ou suppléant, qui, sans motif légitime et après mise en demeure, s'abstient d'assister à une audience peut être déclaré démissionnaire. Le président du tribunal constate le refus de service par procès-verbal, l'assesseur préalablement entendu ou dûment appelé. Au vu du procès-verbal, la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège statue en audience solennelle, après avoir appelé l'intéressé.

Les sanctions qui peuvent lui être infligées en cas de faute disciplinaire sont le blâme, la suspension pour une durée qui ne peut excéder six mois, la déchéance. Le blâme et la suspension sont prononcés par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice. La déchéance est prononcée par décret.

L'assesseur est appelé par le président du tribunal auquel il appartient pour s'expliquer sur les faits qui lui sont reprochés.

L'assesseur qui, postérieurement à sa désignation, perd la capacité d'être juré ou est condamné pour une infraction pénale mentionnée au premier alinéa de l'article L. 144-1 est déchu de plein droit.

Sur proposition du premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège, le garde des sceaux, ministre de la justice, saisi d'une plainte ou informé de faits de nature à entraîner des poursuites pénales contre un assesseur, peut suspendre l'intéressé pour une durée qui ne peut excéder six mois. Il est fait application de la procédure prévue au troisième alinéa.

L'article L. 144-1 et le présent article sont applicables aux présidents des tribunaux du contentieux de l'incapacité qui ne sont pas des magistrats honoraires. Pour l'application du troisième alinéa du présent article, les fonctions conférées au président du tribunal sont exercées par le premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle est situé le tribunal, qui transmet le procès-verbal de la séance de comparution au garde des sceaux, ministre de la justice.

Section 2 : Dispositions relatives à l'assistance et à la représentation

Article L144-3

Devant le tribunal du contentieux de l'incapacité, le tribunal des affaires de sécurité sociale et la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, les parties se défendent elles-mêmes. Outre les avocats, peuvent assister ou représenter les parties :

1° Leur conjoint ou un ascendant ou descendant en ligne directe ;

1° bis Leur concubin ou la personne avec laquelle elles ont conclu un pacte civil de solidarité ;

2° Suivant le cas, un travailleur salarié ou un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession ou un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou d'employeurs ;

3° Un administrateur ou un employé de l'organisme partie à l'instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale ;

4° Un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

Le représentant doit, s'il n'est avocat justifier d'un pouvoir spécial.

Section 3 : Pourvoi en cassation

Article L144-4

Les décisions rendues, en dernier ressort, par les tribunaux des affaires de sécurité sociale, les arrêts de la cour d'appel et les décisions de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail prévue à l'article L. 143-3 peuvent être attaqués devant la cour de cassation.

Section 4 : Dépenses de contentieux

Article L144-5

A l'exclusion des rémunérations des présidents des juridictions et de celles de leurs secrétaires ainsi que de celles du secrétaire général et des secrétaires généraux adjoints de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, les dépenses de toute nature résultant de l'application des chapitres II et III du présent titre sont :

1°) ou bien réglées directement par la caisse nationale compétente du régime général ou par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;

2°) ou bien avancées par la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse départementale ou pluri-départementale de mutualité sociale agricole du siège de la juridiction et remboursées par la caisse nationale compétente du régime général ou par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;

3°) ou bien remboursées par la caisse nationale compétente du régime général au budget de l'Etat.

Les modalités suivant lesquelles les dépenses précitées sont avancées, réglées et remboursées par les organismes mentionnés aux 1°, 2° et 3° sont fixées par arrêtés interministériels.

Des arrêtés interministériels déterminent les conditions dans lesquelles les dépenses acquittées par la caisse nationale compétente, en application du présent article, sont réparties entre les organismes du régime général de sécurité sociale, du régime de la mutualité sociale agricole, des régimes spéciaux, les organismes de sécurité sociale mentionnés au livre VI du présent code, le fonds spécial d'invalidité mentionné par l'article L. 815-3-1 et le fonds de solidarité vieillesse institué par l'article L. 135-1.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 5 : Contentieux du contrôle technique

Section 1 : Dispositions générales

Sous-section 1 : Dispositions générales relatives aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

Article L145-1

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes dite section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes.

Article L145-2

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :

1°) l'avertissement ;

2°) le blâme, avec ou sans publication ;

3°) l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;

4°) dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

Les sanctions prévues aux 3° et 4° ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification au praticien d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.

Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.

Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.

Article L145-2-1

Les sanctions prévues au 1° et au 2° de l'article L. 145-2 entraînent la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou interrégional ou du Conseil national de l'ordre pendant une durée de trois ans. La sanction prévue au 3° du même article, qu'elle soit ou non assortie du sursis, ainsi que la sanction prévue au 4° de cet article, entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

La décision de sursis est sans effet sur les incapacités prévues à l'alinéa qui précède.

Après qu'un intervalle de trois ans se sera écoulé depuis une décision définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux, le praticien frappé de cette sanction pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Article L145-3

Tout praticien qui contrevient aux décisions de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section disciplinaire du conseil national ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, en donnant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins que le praticien a donnés ou des prescriptions qu'il a ordonnées.

Article L145-4

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles les dispositions du présent chapitre sont étendues et adaptées aux difficultés nées de l'exécution du contrôle des services techniques en ce qui concerne les pharmaciens et les auxiliaires médicaux autres que ceux visés à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique.

Il édicte également les mesures nécessaires à l'application des dispositions du présent chapitre et fixe notamment les règles de la procédure.

Article L145-5

Les décisions rendues par les sections des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou conseil national de l'ordre des sages-femmes et du conseil national de l'ordre des pharmaciens ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation.

Sous-section 2 : Dispositions générales relatives à certaines professions paramédicales

Article L145-5-1

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des masseurs-kinésithérapeutes ou à une section de la chambre disciplinaire de première instance des infirmiers dites "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance" et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou du conseil national de l'ordre des infirmiers, dites "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes" et "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des infirmiers".

Article L145-5-2

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et du conseil national de l'ordre des infirmiers sont :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme, avec ou sans publication ;

3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux ;

4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues aux 1° à 3°.

La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues au présent article de leur publication selon les modalités qu'elle fixe.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec celles mentionnées à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, seule la sanction la plus lourde est mise à exécution.

Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les organismes de sécurité sociale.

Article L145-5-3

Les sanctions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 145-5-2 entraînent la privation du droit de faire partie du conseil départemental, régional, interrégional et national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou de l'ordre des infirmiers pendant une durée de trois ans. Les sanctions prévues aux 3° et 4° du même article entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

Le professionnel frappé d'une sanction définitive d'interdiction permanente du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux peut être relevé, après un délai de trois ans suivant la sanction, de l'incapacité en résultant par une décision de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction.

Lorsque la demande a été rejetée après examen au fond, elle ne peut être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Article L145-5-4

Tout professionnel, qui contrevient aux décisions du conseil régional ou interrégional, de la section disciplinaire du conseil national, de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou de l'ordre des infirmiers en dispensant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins dispensés.

Article L145-5-5

Les décisions rendues par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des infirmiers sont susceptibles de recours devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation.

Sous-section 3 : Autres dispositions

Article L145-5-6

Les sections des assurances sociales de l'ordre des médecins ou de l'ordre des pharmaciens sont compétentes pour statuer sur une plainte déposée à l'encontre d'une société qui exploite un laboratoire de biologie médicale privé lorsque cette société est inscrite au tableau de l'ordre des pharmaciens ou de l'ordre des médecins.

Lorsque la société mentionnée au premier alinéa est inscrite simultanément au tableau de l'ordre des médecins et au tableau de l'ordre des pharmaciens, doit être saisie de la plainte soit la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins si les biologistes médicaux exerçant au sein du laboratoire de biologie médicale sont majoritairement inscrits au tableau de l'ordre des médecins, soit la section des assurances sociales compétente de l'ordre des pharmaciens dans l'hypothèse inverse. Si le nombre de médecins biologistes et de pharmaciens biologistes est le même, le plaignant saisit la chambre de son choix.

Les sanctions prononcées sont celles prévues aux articles L. 145-2 et L. 145-4, à l'exception de l'interdiction, avec ou sans sursis, de donner des soins aux assurés sociaux qui est remplacée par l'interdiction, avec ou sans

sursis, de pratiquer des examens de biologie médicale pour les assurés sociaux. L'interdiction temporaire, avec ou sans sursis, d'exercer des activités de biologie médicale ne peut excéder un an.

Section 2 : Organisation des juridictions

Sous-section 1 : Organisation des juridictions relatives aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

Article L145-6

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre est une juridiction. Elle est présidée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel nommé par le vice-président du Conseil d'Etat au vu des propositions du président de la cour administrative d'appel dans le ressort duquel se trouve le siège du conseil régional ou interrégional. Le cas échéant, plusieurs présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

Elle comprend un nombre égal d'assesseurs, membres, selon le cas, de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou de l'ordre des sages-femmes, et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien-conseil, nommés par l'autorité compétente de l'Etat. Les assesseurs membres de l'ordre sont désignés par le conseil régional ou interrégional de l'ordre en son sein.

Article L145-7

La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins est présidée par un conseiller d'Etat, nommé en même temps qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants par le garde des sceaux, ministre de la justice. Elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes et du Conseil national de l'ordre des sages-femmes sont présidées par le conseiller d'Etat qui préside la formation disciplinaire de chacun de ces conseils. Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien conseil nommé par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les assesseurs membres de l'ordre des médecins sont désignés par le conseil national parmi les membres et anciens membres des conseils de l'ordre.

Les assesseurs membres de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes sont nommés par le conseil national de chacun de ces ordres en son sein.

Sous-section 2 : Organisation des juridictions relatives à certaines professions paramédicales

Article L145-7-1

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et celle de l'ordre des infirmiers sont des juridictions. Elles sont présidées par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel nommé par le vice-président du Conseil d'Etat au vu des propositions du président de la cour administrative d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le siège du conseil régional ou interrégional. Le cas échéant, deux présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres, selon le cas, de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou de l'ordre des infirmiers, et d'assesseurs représentants des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien-conseil, nommés par l'autorité compétente de l'Etat. Les assesseurs membres des ordres sont désignés par le conseil régional ou interrégional de chacun de ces ordres, en son sein.

Article L145-7-2

La section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et celle de l'ordre des infirmiers sont, chacune, présidées par un conseiller d'Etat nommé en même temps qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants par le garde des sceaux, ministre de la justice. Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres, selon le cas, de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou de l'ordre des infirmiers, et d'assesseurs praticiens-conseils, représentants des organismes de sécurité sociale, nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Les assesseurs membres des ordres sont désignés par le conseil national de chacun de ces ordres, en son sein.

Article L145-7-3

Les membres de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des infirmiers ne peuvent siéger à raison de faits dont ils auraient eu à connaître en qualité de membres de la chambre disciplinaire.

Section 3 : Procédure

Sous-section 1 : Procédure relative aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes

Article L145-8

La procédure devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et devant la section des assurances sociales du conseil national de discipline est contradictoire.

Article L145-9

Le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et le président de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, rejeter une requête ne relevant manifestement pas de la compétence de leur juridiction, statuer sur les requêtes qui ne présentent plus à juger de questions autres que la condamnation prévue à l'article L. 761-1 du code de justice administrative, la charge des dépens ou la fixation des dates d'exécution des sanctions mentionnées à l'article L. 145-2 du présent code, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête et rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance.

Sous-section 2 : Procédure relative à certaines professions paramédicales

Article L145-9-1

La procédure devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des infirmiers est contradictoire.

Article L145-9-2

Le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi que le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des infirmiers peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, rejeter une requête ne relevant manifestement pas de la compétence de leur juridiction, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête, rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance et statuer sur les requêtes qui ne présentent plus à juger de questions autres que la condamnation prévue à l'article L. 761-1 du code de justice administrative, la charge des dépens ou la fixation des dates d'exécution des sanctions mentionnées à l'article L. 145-5-2 du présent code.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 6 : Contentieux du contrôle technique en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française

Section 1 : Dispositions générales

Article L146-1

En Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou pharmaciens à l'occasion des soins dispensés ou des prestations servies aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de l'une des chambres disciplinaires prévues aux chapitres Ier et III du titre IV du livre IV de la partie IV du code de la santé publique dite : "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire" et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes ou des pharmaciens dite : "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins" ou "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes" ou "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes" ou "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens".

Article L146-2

I. - Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales des chambres disciplinaires ou des conseils nationaux de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme ;

3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;

4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

II. - Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales des chambres disciplinaires ou du conseil national de l'ordre des pharmaciens sont :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme ;

3° L'interdiction temporaire ou permanente de servir des prestations aux assurés sociaux ;

4° Dans le cas d'abus des prix de vente des médicaments et des fournitures ou des prix d'analyses, le remboursement du trop perçu à l'assuré, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

III. - Les sanctions prévues aux 2°, 3° et 4° du I et du II du présent article peuvent faire l'objet d'une publication si le jugement le prévoit.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3° du I ou du II du présent article, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.

Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues aux articles L. 4124-6, L. 4234-6, L. 4441-10 ou L. 4443-4 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.

Les sanctions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.

Article L146-3

Les sanctions prévues aux 1° et 2° des I et II de l'article L. 146-2 entraînent la privation du droit d'exercer des fonctions ordinales administratives ou disciplinaires, quelles qu'elles soient, pendant une durée de trois ans. La sanction prévue au 3° du même article, qu'elle soit ou non assortie du sursis, ainsi que la sanction prévue au 4° de cet article, entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

La décision de sursis est sans effet sur les incapacités prévues à l'alinéa qui précède.

Après qu'un intervalle de trois ans se sera écoulé depuis une décision définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux, le praticien frappé de cette sanction pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne peut être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

Article L146-4

I. - Tout praticien qui contrevient aux décisions de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section disciplinaire du Conseil national de l'ordre ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes ou des pharmaciens, en donnant des soins ou en servant des prestations à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins que le praticien a donnés ou des prescriptions qu'il a ordonnées.

II. - Tout pharmacien qui sert des prestations à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire à la suite d'une décision de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section disciplinaire du Conseil national de l'ordre ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pharmaciens est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale toutes les sommes versées du fait des ordonnances exécutées.

Article L146-5

Les décisions rendues par les sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou du Conseil national de l'ordre des sages-femmes et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation.

Section 2 : Organisation des juridictions

Article L146-6

La section des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance est une juridiction. Elle est présidée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel désigné par le vice-président du Conseil d'Etat. Le cas échéant, deux présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

Elle comprend un nombre égal d'assesseurs, membres, selon le cas, de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes, de l'ordre des sages-femmes, de l'ordre des pharmaciens et d'assesseurs représentant l'organisme de sécurité sociale, dont un praticien conseil. Ces derniers sont nommés par le président du tribunal administratif dans le ressort territorial duquel se trouve le siège de la section. Les assesseurs membres de l'ordre sont désignés par les chambres disciplinaires en leur sein.

Article L146-7

La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins est présidée par un conseiller d'Etat, nommé en même temps qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants par le garde des sceaux, ministre de la justice. Elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale. Ces derniers sont nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes et du Conseil national de l'ordre des sages-femmes sont présidées par le conseiller d'Etat qui préside la formation disciplinaire de chacun de ces conseils. Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien conseil. Ces derniers sont nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les assesseurs membres de l'ordre des médecins sont désignés par le conseil national parmi les membres et anciens membres des conseils de l'ordre.

Les assesseurs membres de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes sont nommés par le conseil national de chacun de ces ordres en son sein.

La section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens est présidée par le conseiller d'Etat siégeant audit conseil et, d'une part, deux assesseurs pharmaciens proposés par ce conseil et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs proposés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, l'un membre d'un conseil de caisse ou agent de direction, l'autre pharmacien conseil. Les assesseurs sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 3 : Procédure

Article L146-8

La procédure devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et devant la section des assurances sociales du conseil national de discipline est contradictoire.

Article L146-9

Le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et le président de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête et rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôles

Chapitre 1er : Dispositions applicables au régime général, aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 et à certains régimes de travailleurs non-salariés des professions non-agricoles

Article L151-1

Les décisions des conseils ou des conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail des travailleurs salariés, des caisses d'allocations familiales et des unions de recouvrement sont soumises au contrôle de l'autorité compétente de l'Etat.

L'autorité compétente de l'Etat peut annuler ces décisions lorsqu'elles sont contraires à la loi. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'exercice de ce contrôle de légalité, notamment les règles de communication des décisions, les conditions de délai imparties à l'autorité compétente pour en prononcer l'annulation, la procédure selon laquelle elles peuvent être provisoirement suspendues et les modalités d'intervention des organismes nationaux.

L'autorité compétente de l'Etat peut également suspendre, dans un délai déterminé, les décisions d'un conseil ou d'un conseil d'administration qui lui paraissent de nature à compromettre l'équilibre financier des risques. Si elle maintient sa décision, la caisse intéressée saisit la caisse nationale compétente. Cette décision demeure suspendue tant que le conseil ou le conseil d'administration de la caisse nationale ne l'a pas explicitement confirmée ou infirmée et que sa délibération n'est pas devenue définitive conformément à l'article L. 226-4.

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les conditions d'application du présent article, aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 et aux organismes du régime social des indépendants.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôles

Chapitre 2 : Dispositions applicables au régime d'assurance vieillesse des professions libérales et des avocats et aux régimes de la protection sociale agricole du code rural

Section 1 : Dispositions communes

Article L152-1

Les décisions des conseils d'administration des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales et des avocats et des organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et de l'organisme mentionné à l'article L. 382-12 du présent code sont soumises au contrôle de l'Etat dans les conditions fixées au présent chapitre.

L'autorité compétente de l'Etat peut annuler ces décisions lorsqu'elles sont contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'exercice du contrôle prévu au premier alinéa et notamment les règles de communication des décisions, les conditions de délai imparties à l'autorité compétente pour prononcer l'annulation et la procédure de suspension provisoire des décisions des organismes.

Des décrets en Conseil d'Etat peuvent, en ce qui concerne les organismes de mutualité sociale agricole, apporter les adaptations nécessaires à ces dispositions.

Section 2 : Dispositions applicables au régime d'assurance vieillesse des professions libérales

Section 3 : Dispositions applicables aux régimes de la protection sociale agricole du code rural

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôles

Chapitre 3 : Contrôle des budgets - Contrôles divers

Article L153-1

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au régime général, aux régimes de protection sociale agricole et au régime social des indépendants ainsi que, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'Etat, au régime de base de l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales. Elles sont également applicables au régime d'assurance vieillesse de base des avocats. Elles ne sont pas applicables à la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes et à la Caisse des Français de l'étranger ; les budgets de ces derniers organismes ou régimes demeurent soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, qui exercent, dans ce cas, les attributions dévolues à l'organisme national par les articles L. 153-4 et L. 153-5.

Les dispositions du présent chapitre sont applicables au régime de la sécurité sociale dans les mines, ainsi que, sous réserve d'adaptations introduites par un décret en Conseil d'Etat, aux autres régimes spéciaux de sécurité sociale mentionnés au titre Ier du livre VII. Dans ce cas, les attributions dévolues à l'organisme national par les articles L. 153-2, L. 153-4 et L. 153-5 sont exercées conjointement par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article L153-2

Les budgets des organismes de base ainsi que des établissements qu'ils gèrent sont soumis à l'approbation de leur organisme national de rattachement. Toutefois, les budgets des établissements relevant de la compétence tarifaire de l'Etat demeurent soumis à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat.

Article L153-3

Les budgets établis par les organismes à compétence nationale mentionnés aux articles L. 723-1 et L. 723-5 du code rural et de la pêche maritime sont approuvés par l'autorité compétente de l'Etat.

Article L153-4

Si les budgets prévus à l'article L. 153-2 n'ont pas été, selon le cas, votés, arrêtés ou délibérés par le conseil ou le conseil d'administration au 1er janvier de l'année à laquelle ils se rapportent, l'organisme national compétent peut établir d'office lesdits budgets. En cas de carence de ce dernier, l'autorité compétente de l'Etat procède elle-même à l'établissement d'office de ces budgets.

Article L153-5

Si le conseil ou le conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale omet ou refuse d'inscrire aux budgets prévus à l'article L. 153-2 un crédit suffisant pour le paiement des dépenses rendues obligatoires par des dispositions législatives ou réglementaires ou par des stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat, le crédit nécessaire est inscrit d'office au budget correspondant par décision de l'organisme national. En cas de carence de ce dernier, l'autorité compétente de l'Etat procède elle-même à cette inscription d'office.

Article L153-6

L'octroi par un organisme de sécurité sociale quelconque d'un avantage financier à un établissement, oeuvre ou institution dont la gestion n'est pas assujettie aux règles de la comptabilité publique et quelle que soit sa nature juridique, peut faire l'objet de l'opposition de l'autorité compétente de l'Etat, dans les cas, dans les conditions et dans les délais fixés par décret.

Article L153-7

Les dispositions de l'article L. 281-2 peuvent être rendues applicables, avec, éventuellement, les adaptations nécessaires, par décrets en Conseil d'Etat, à tout organisme de sécurité sociale jouissant de la personnalité civile et soumis au contrôle de la Cour des comptes en application des dispositions des articles L. 154-1 et L. 154-2.

Article L153-8

Le conseil ou les conseils d'administration des organismes nationaux des régimes mentionnés à l'article L. 153-1 peuvent fixer, pour une durée de trois ans, les règles et les modalités d'évolution de leurs dépenses budgétaires. Ces délibérations sont soumises à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article L153-9

Les schémas directeurs informatiques des organismes de sécurité sociale mentionnés au deuxième alinéa du présent article sont soumis à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat.

Ces dispositions sont applicables, dans des conditions définies par décret, aux organismes du régime général, aux organismes de mutualité sociale agricole et aux organismes des régimes des travailleurs non-salariés des professions non-agricoles relevant du livre VI.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôles

Chapitre 3 bis : Contrôle a posteriori et évaluation

Article L153-10

L'autorité compétente de l'Etat exerce sur les organismes de sécurité sociale un contrôle destiné à évaluer l'efficacité de l'action de ces organismes et à mesurer leurs résultats au regard des objectifs fixés par eux-mêmes et par l'Etat.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôles

Chapitre 4 : Contrôle de la Cour des comptes

Article L154-1

Les organismes de la sécurité sociale sont soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions et selon les modalités qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L154-2

Les dispositions de l'article précédent sont applicables en France métropolitaine et dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 à tous les organismes de droit privé jouissant de la personnalité civile ou de l'autonomie financière et assurant en tout ou partie la gestion d'un régime légalement obligatoire d'assurance contre la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, le décès, les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de prestations familiales, ainsi qu'aux unions ou fédérations desdits organismes.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre préliminaire : Dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé

Section 1 : Dispositions relatives aux bénéficiaires

Article L160-1

Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre.

L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues, respectivement, aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3.

Article L160-2

Par dérogation à l'article L. 160-1, bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé en tant qu'ayants droit d'un assuré social les enfants n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur ou enfants recueillis.

Le statut d'ayant droit prend fin dans l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité, à la date du premier jour de la période mentionnée à l'article L. 381-8, que l'enfant poursuive ou non des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.

L'enfant qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret, à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

L'enfant qui, ayant atteint l'âge de seize ans, poursuit des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés au même article L. 381-4 bénéficie automatiquement de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel.

Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au

sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie ou de maternité.

Article L160-3

Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient, lors de leurs séjours temporaires en France, de la prise en charge de leurs frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 :

1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;

2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en application de dispositions législatives sur les accidents du travail et les maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ;

3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français ;

4° Les personnes mentionnées à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles.

En cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article est prévue par les règlements européens ou les accords internationaux, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés aux 1° à 4°.

Article L160-4

Bénéficient également de la prise en charge des frais de santé lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle en France :

1° Les membres de la famille qui accompagnent les travailleurs détachés temporairement à l'étranger depuis la France pour y exercer une activité professionnelle et qui sont exemptés d'affiliation au régime de sécurité sociale de l'Etat de détachement en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

2° Les membres de la famille à la charge d'un assuré du régime de sécurité sociale français qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;

3° Les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les fonctionnaires de la République française et les personnes assimilées en poste à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent.

Article L160-5

Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse dès qu'elle justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière.

Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

Les personnes sans domicile stable doivent élire domicile dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du livre II du code de l'action sociale et des familles. Dans le but de simplifier les démarches des intéressés, les organismes de sécurité sociale concernés et le département sont informés par l'organisme agréé des décisions d'attribution ou de retrait des attestations d'élection de domicile mentionnées à l'article L. 264-2 du même code, dans des conditions définies par décret.

Article L160-6

L'article L. 160-1 ne s'applique pas aux personnes suivantes si elles n'exercent pas une activité professionnelle complémentaire en France :

1° Les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un Etat étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ;

2° Les personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;

3° Les personnes titulaires d'une pension étrangère qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire de sécurité sociale français lorsque, en application d'un règlement européen ou d'un accord international, la prise en charge de leurs frais de santé ainsi que de ceux des membres de leur famille qui résident avec elles relève du régime étranger qui sert la pension ;

4° Les agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions analogues à celles du régime général français d'assurance maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient quand ils étaient en activité ;

5° Les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen, les membres de leur famille qui les accompagnent ou toute autre personne relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre Etat en raison de son activité professionnelle, ainsi que les membres de la famille de cette personne qui résident avec elle de manière stable et régulière en France ;

6° Les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre.

Article L160-7

Sous réserve des conventions internationales et règlements européens et de l'article L. 766-1, lorsque les soins sont dispensés hors de France aux assurés et aux personnes mentionnées à l'article L. 160-2, les prestations en cas de maladie et maternité ne sont pas servies.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles des dérogations peuvent être apportées au principe posé à l'alinéa précédent dans le cas où l'assuré ou les personnes mentionnées à l'article L. 160-2 tombent malades inopinément au cours d'un séjour hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ou lorsque le malade ne peut recevoir en France les soins appropriés à son état.

Section 2 : Dispositions relatives aux prestations

Article L160-8

La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :

1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examens et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés aux 2° et 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;

4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;

5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du même code, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 dudit code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

6° La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du même code.

Article L160-9

La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant au cours d'une période définie par décret. Lorsque l'accouchement a lieu avant le début de cette période, l'assurance maternité prend en charge l'ensemble des frais mentionnés ci-dessus à compter de la date d'accouchement et jusqu'à l'expiration de ladite période.

La protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre également :

1° Les frais d'examens prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 2122-1 et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique ;

2° Les autres frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'assuré et ses ayants droit ne supportent aucune participation aux frais prévus au présent article

Article L160-10

La part garantie par les organismes servant les prestations ne peut excéder le montant des frais exposés. Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée soit directement à l'assuré, soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme, et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'assurance maladie.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et limites dans lesquelles l'assuré peut déléguer un tiers pour l'encaissement des prestations qui lui sont dues.

Article L160-11

L'action de l'assuré pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations. Pour le paiement des prestations de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à compter de la date de la première constatation médicale de la grossesse.

L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à compter du jour du décès.

Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Article L160-12

Les prestations visées aux 1° à 6° de l'article L. 160-8 sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'assuré.

Les blocages des sommes déposées sur un compte ne peuvent avoir pour effet de faire obstacle à l'insaisissabilité et à l'incessibilité des prestations visées au premier alinéa.

Section 3 : Participation de l'assuré social

Article L160-13

I. - La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.

L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II. - L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.III. - En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;

2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;

3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.

Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°.

Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.

Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.

Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.

Article L160-14

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-13 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute

Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ; 4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;

6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 ;

7° Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;

8° Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;

9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

10° Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;

11° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;

12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;

13° Pour les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;

14° Pour les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;

15° Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal ;

16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article L. 160-8, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;

17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ;

18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;

19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 322-5 du présent code ;

20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 160-8 ;

21° Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ;

22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1 ;

23° Lorsque l'assuré ne relève ni du 3° ni du 10° mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'Etat, pour les frais d'examens de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.

Article L160-15

La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 160-13 n'est pas exigée pour les mineurs, pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3.

Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 160-13.

Article L160-16

Les personnes relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la prise en charge intégrale des frais de santé dans les conditions prévues au présent chapitre.

Section 4 : Dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations

Article L160-17

La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est effectuée, pour les personnes exerçant une activité professionnelle, par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle.

Ce décret précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, la personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ou leur concubin.

Les mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité sont habilités à réaliser des opérations de gestion pour la prise en charge des frais de santé des assurés mentionnés aux articles L. 381-4, L. 712-1 et L. 712-2. Pour les assurés mentionnés à l'article L. 613-1, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les assureurs ou groupements d'assureurs régis par le code des assurances reçoivent délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.

Les organismes bénéficiant d'une délégation de gestion concluent une convention avec les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires. Les conventions concernant les opérations de gestion des prestations versées aux assurés mentionnés à l'article L. 613-1 sont conclues au niveau national entre la caisse nationale et les organes nationaux représentant les organismes mentionnés au troisième alinéa du présent article. La mise en œuvre de la convention nationale fait l'objet de contrats locaux entre les organes nationaux précités et les organismes qui leur sont affiliés.

Les organismes à qui sont confiées des opérations de gestion reçoivent des caisses d'assurance maladie des remises de gestion en contrepartie des dépenses de fonctionnement exposées pour l'exécution des opérations de gestion.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'organisation, de mise en œuvre et de financement de ces opérations de gestion, notamment dans le cadre de conventions, ainsi que les modalités d'évaluation de leurs résultats. Les conventions précisent, le cas échéant, les conditions dans lesquelles les organismes concernés peuvent participer aux actions portant sur l'accès aux droits et sur la gestion du risque.

Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin à ces opérations de gestion en cas de défaillance rendant impossible la gestion des régimes obligatoires dans des conditions normales.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux prestations

Section 1 : Bénéficiaires

Sous-section 1 : Dispositions communes.

Article L161-1

Sauf dispositions contraires, par membre de la famille, on entend au sens du présent code :

1° Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne à laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité ;

2° Les enfants mineurs à leur charge et, jusqu'à un âge limite et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat :

a) Les enfants qui poursuivent leurs études ;

b) Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer un travail salarié ;

3° L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit au domicile de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social. Le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Article L161-1-1

Par dérogation aux dispositions en vigueur, l'exercice de leur nouvelle activité par les personnes mentionnées aux articles L5141-1 et L5141-2 du code du travail qui bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article ouvre droit, pour une période et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés par décret, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquels elles sont affiliées en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes. La durée de l'exonération, totale ou partielle, peut être prolongée dans des conditions et limites fixées par décret lorsque l'entreprise

créée ou reprise entre dans le champ de l'article 50-0 du code général des impôts. Il en va de même lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code.

L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte :

1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés ;

2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés.

L'exonération doit être demandée par l'employeur dans le cas mentionné au 1° et par le non-salarié dans le cas mentionné au 2°.

L'exonération dont bénéficient les personnes mentionnées à l'article L5141-2 du code du travail ainsi que la prolongation de la durée d'exonération prévue au premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Pour les travailleurs indépendants relevant du régime prévu à l'article L. 133-6-8, l'exonération de cotisations de sécurité sociale prévue au présent article cesse de s'appliquer, dans des conditions définies par décret, à la date à laquelle ces travailleurs indépendants cessent de bénéficier des régimes prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Le cas échéant, les cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de cette exonération et dues au titre de la période courant à compter de cette date font l'objet d'une régularisation, dans des conditions définies par décret.

Article L161-1-4

Les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation ou le contrôle de sa régularité, toutes pièces justificatives utiles pour vérifier l'identité du demandeur ou du bénéficiaire d'une prestation ainsi que pour apprécier les conditions du droit à la prestation, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclarations déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de ces demandes lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition.

Les organismes de sécurité sociale peuvent notamment se dispenser de solliciter la production de pièces justificatives par le demandeur ou le bénéficiaire d'une prestation lorsqu'ils peuvent obtenir directement les informations ou pièces justificatives nécessaires auprès des personnes morales de droit public ou des personnes morales de droit privé gérant un service public compétentes, notamment par transmission électronique de données. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces transmissions, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et pièces justificatives échangées au titre d'une prestation sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au service de la prestation concernée.

Sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur de pièces justificatives, la présentation de faux documents ou de fausses informations ou l'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale entraînent la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées ou la réponse à la convocation adressée.

Pour le service des prestations sous condition de ressources, l'appréciation des ressources prend en compte les prestations et ressources d'origine française, étrangère ou versées par une organisation internationale. Afin de permettre l'appréciation de ressources d'origine étrangère, le demandeur doit produire tout renseignement ou pièce justificative utile à l'identification de sa situation fiscale et sociale dans le pays dans lequel il a résidé à l'étranger au cours des douze mois précédant sa demande ou dans lequel il continue à percevoir des ressources. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général de sécurité sociale agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Les dispositions de l'article L. 114-11 sont applicables à cette vérification.

Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1.

Article L161-1-5

Pour le recouvrement d'une prestation indûment versée et sans préjudice des articles L. 133-4 du présent code et L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le directeur d'un organisme de sécurité sociale peut, dans les délais et selon les conditions fixés par voie réglementaire, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant la juridiction compétente, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Sous-section 2 : Assurances maladie-maternité-décès.

Article L161-3

Les prestations en espèces de l'assurance maternité sont attribuées dans les mêmes conditions d'un montant minimum de cotisations ou de durée minimale de travail salarié que les prestations en espèces de l'assurance maladie, la date de référence étant celle du début, soit de la grossesse, soit du repos prénatal.

Article L161-4

L'inobservation des procédures et réglementations ouvrant droit aux prestations des régimes de l'assurance maladie et maternité ne fait pas perdre le bénéfice de ces prestations quand il est reconnu, dans des conditions fixées par décret, qu'elle est totalement indépendante de la volonté de l'intéressé, en particulier quand elle est due à son état de santé.

Article L161-8

Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de

leur droit aux prestations en espèces des assurances maladie et maternité, pendant une période définie par décret en Conseil d'Etat.

Est également maintenu le droit aux prestations des assurances invalidité et décès du régime général et des régimes qui lui sont rattachés. Toutefois, si l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, le droit aux prestations du régime auquel il était rattaché antérieurement est supprimé.

Les personnes mentionnées à l'article L. 5411-1 du code du travail qui bénéficient, en application du premier alinéa du présent article, du maintien de leur droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès continuent, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, d'en bénéficier lorsqu'elles reprennent une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à ces prestations.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code.

Article L161-9

En cas de reprise du travail, les personnes bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévue à l'article L. 531-4 du titre III du livre V du code de la sécurité sociale, ou du congé parental d'éducation prévu à l'article L. 122-28-1 du code du travail, retrouvent leurs droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, pendant une période fixée par décret.

En cas de non-reprise du travail à l'issue du congé parental d'éducation, en raison d'une maladie ou d'une nouvelle maternité, les personnes retrouvent leurs droits aux prestations en espèces du régime antérieur au congé parental d'éducation dont elles relevaient. Ces dispositions s'appliquent pendant la durée de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou du congé légal de maternité postérieur au congé parental.

Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité, les personnes susmentionnées retrouvent leurs droits aux prestations pendant une période fixée par décret.

Article L161-9-2

Lorsqu'une personne bénéficie, successivement et sans interruption d'un congé parental d'éducation ou de la prestation prévue au 3° de l'article L. 531-1 et d'un congé de présence parentale ou de l'allocation journalière de présence parentale, ou inversement, elle retrouve, en cas de reprise d'activité, ses droits aux prestations acquis antérieurement au bénéfice du congé parental d'éducation ou de ladite prestation dans les conditions prévues à l'article L. 161-9.

Article L161-9-3

Les personnes bénéficiaires du congé prévu à l'article L. 3142-16 du code du travail, au 9° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, au 10° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, au 9° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et à l'article L. 4138-6 du code de la défense conservent leurs

droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de leur régime d'origine aussi longtemps qu'elles bénéficient de ce congé.

Les personnes ayant bénéficié de ces dispositions conservent leurs droits aux prestations en espèces d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès auprès du régime obligatoire dont elles relevaient avant et pendant ce congé, dans les situations suivantes :

- 1° Lors de la reprise de leur travail à l'issue du congé ;
- 2° En cas de non-reprise du travail à l'issue du congé, en raison d'une maladie ou d'une maternité ;
- 3° Lors de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité.

Les périodes pendant lesquelles les bénéficiaires conservent leurs droits sont fixées par décret et sont applicables, sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-8 du présent code.

Article L161-13-1

Les personnes ayant relevé des dispositions de l'article L. 381-30 retrouvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, à l'issue de leur incarcération, pour la détermination des conditions d'attribution des prestations en espèces, le bénéfice des droits ouverts dans le régime dont elles relevaient avant la date de leur incarcération, augmenté, le cas échéant, des droits ouverts pendant la période de détention provisoire. Ce décret fixe notamment la durée maximale d'incarcération ouvrant droit au bénéfice de ces dispositions et la durée de maintien des droits aux prestations en espèces pour les personnes n'ayant pas repris d'activité professionnelle à la fin de leur incarcération.

Article L161-15

Le conjoint séparé de droit ou de fait qui se trouve, du fait de défaut de présentation par l'autre conjoint des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir pour ses enfants mineurs la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité dispose d'une action directe en paiement de ces prestations, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L161-15-1

Une personne ne peut perdre le bénéfice de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1 ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil.

Article L161-15-2

Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui ; il les garde à sa charge jusqu'à cette date.

Article L161-15-3

Par dérogation à toutes dispositions contraires, les enfants de parents tous deux assurés d'un régime d'assurance maladie et maternité peuvent être rattachés en qualité d'ayant droit à chacun des deux parents.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L161-15-4

Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations à l'assurance maladie en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 161-8 ou de l'article L. 160-1 est tenue d'en informer, dans un délai fixé par arrêté, l'organisme d'assurance maladie auquel elle est rattachée ainsi que de restituer la carte électronique individuelle interrégimes mentionnée à l'article L. 161-31 qui lui a été délivrée.

En cas de manquement aux obligations fixées à l'alinéa précédent, il est fait application des dispositions de l'article L. 114-17-1.

Sous-section 3 : Assurance invalidité.

Article L161-16

Les assurés sociaux, anciens déportés ou internés, titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique, dont la pension militaire d'invalidité a été accordée pour un taux d'invalidité global déterminé, qui cessent toute activité professionnelle sont présumés atteints, s'ils ont atteint un âge minimum, d'une invalidité les rendant absolument incapables d'exercer une profession quelconque.

La pension d'invalidité qui leur est accordée, sur leur demande, en application de ces dispositions au titre du régime d'assurance invalidité dont ils relèvent, peut être cumulée sans limitation de montant avec la pension militaire d'invalidité.

Article L161-16-1

Pour l'attribution d'un avantage d'invalidité, la personne de nationalité étrangère résidant en France doit justifier de la régularité de son séjour en France par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret.

Sous-section 4 : Assurance vieillesse

Paragraphe 1er A : Objectifs de l'assurance vieillesse

Paragraphe 1 : Information et simplification des démarches des assurés.

Article L161-17

I.-Les assurés bénéficient gratuitement d'un droit à l'information sur le système de retraite par répartition, qui est assuré selon les modalités suivantes.

II.-Dans l'année qui suit la première année au cours de laquelle il a validé une durée d'assurance d'au moins deux trimestres dans un des régimes de retraite légalement obligatoires, l'assuré bénéficie d'une information générale sur le système de retraite par répartition, notamment sur les règles d'acquisition de droits à pension et l'incidence sur ces derniers des modalités d'exercice de son activité et des événements susceptibles d'affecter sa carrière. Cette information rappelle la possibilité, prévue par l'article L. 241-3-1, en cas d'emploi à temps partiel ou en cas d'emploi dont la rémunération ne peut être déterminée selon un nombre d'heures travaillées, de maintenir à la hauteur du salaire correspondant au même emploi exercé à temps plein l'assiette des cotisations destinées à financer l'assurance vieillesse. Les conditions d'application du présent alinéa sont définies par décret.

Les assurés, qu'ils résident en France ou à l'étranger, bénéficient à leur demande, à partir de quarante-cinq ans et dans des conditions fixées par décret, d'un entretien portant notamment sur les droits qu'ils se sont constitués dans les régimes de retraite légalement obligatoires, sur les perspectives d'évolution de ces droits, compte tenu des choix et des aléas de carrière éventuels, sur les possibilités de cumuler un emploi et une retraite, tels que des périodes d'étude ou de formation, de chômage, de travail pénible, d'emploi à temps partiel, de maladie, d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou de congé maternité, ainsi que sur les dispositifs leur permettant d'améliorer le montant futur de leur pension de retraite.

Lors de cet entretien, l'assuré se voit communiquer des simulations du montant potentiel de sa future pension, selon qu'il décide de partir en retraite à l'âge d'ouverture du droit à pension de retraite mentionné à l'article L. 161-17-2 ou à l'âge du taux plein mentionné au 1° de l'article L. 351-8. Ces simulations sont réalisées à législation constante et sur la base d'hypothèses économiques et d'évolution salariale fixées chaque année par le groupement d'intérêt public mentionné premier alinéa de l'article L. 161-17-1. Les informations et données transmises aux assurés lors de l'entretien n'engagent pas la responsabilité des organismes et services en charge de les délivrer.

III.-Toute personne a le droit d'obtenir, dans des conditions précisées par décret, un relevé de sa situation individuelle au regard de l'ensemble des droits qu'elle s'est constitués dans les régimes de retraite légalement obligatoires.

Les régimes de retraite légalement obligatoires et les services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions sont tenus d'adresser périodiquement, à titre de renseignement, un relevé de la situation individuelle de l'assuré au regard de l'ensemble des droits qu'il s'est constitués dans ces régimes. L'assuré bénéficie d'un service en ligne lui donnant accès à tout moment à son relevé actualisé, l'informant sur les régimes dont il relève et lui permettant de réaliser certaines démarches administratives et d'échanger avec les régimes concernés des documents dématérialisés.

IV.-Dans des conditions fixées par décret, à partir d'un certain âge et selon une périodicité déterminée par le décret susmentionné, chaque personne reçoit, d'un des régimes auquel elle est ou a été affiliée, une estimation indicative globale du montant des pensions de retraite auxquelles les durées d'assurance, de services ou les points qu'elle totalise lui donnent droit, à la date à laquelle la liquidation pourra intervenir, eu égard aux dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur. Cette estimation indicative globale est accompagnée d'une information sur les dispositifs mentionnés aux articles L. 161-22, L. 351-15 et L. 241-3-1.

V.-Dans le cadre de tout projet d'expatriation, l'assuré bénéficie à sa demande d'une information, par le biais d'un entretien, sur les règles d'acquisition de droits à pension, l'incidence sur ces derniers de l'exercice de son activité à l'étranger et sur les dispositifs lui permettant d'améliorer le montant futur de sa pension de retraite. Une information est également apportée au conjoint du futur expatrié. Les conditions d'application du présent V sont définies par décret.

VI.-Afin d'assurer les droits prévus aux alinéas précédents aux futurs retraités, il est institué un groupement d'intérêt public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière composé de l'ensemble des organismes assurant la gestion des régimes mentionnés au premier alinéa ainsi que des services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions en application du code des pensions civiles et militaires de retraite. Les dispositions du chapitre II de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit sont applicables à ce groupement d'intérêt public (2 : deux premières phrases supprimées au 1er juillet 2014). La mise en oeuvre progressive des obligations définies par le présent article sera effectuée selon un calendrier défini par décret en Conseil d'Etat.

Pour la mise en œuvre des droits prévus aux I à V, les membres du groupement mentionné au premier alinéa de l'article L. 161-17-1 mettent notamment à la disposition de celui-ci, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, les durées d'assurance et périodes correspondantes, les salaires ou revenus non salariés et le nombre de points pris en compte pour la détermination des droits à pension de la personne intéressée.

Pour assurer les services définis au présent article, les organismes mentionnés au présent article sont autorisés à collecter et conserver le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques des personnes concernées, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article L161-17-1

L'Union des institutions et services de retraites est un groupement d'intérêt public, créé dans les conditions prévues au chapitre II de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, regroupant l'ensemble des organismes assurant la gestion des régimes de retraite légalement obligatoires, la Caisse des dépôts et consignations ainsi que les services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions en application du code des pensions civiles et militaires de retraite. Elle est dotée d'un conseil d'administration.

L'union assure le pilotage stratégique de l'ensemble des projets de coordination, de simplification et de mutualisation ayant pour objet d'améliorer les relations des régimes avec leurs usagers dans lesquels tout ou partie de ses membres sont engagés et veille à leur mise en œuvre. Elle assure notamment la mise en œuvre des droits prévus aux I à V de l'article L. 161-17 et le pilotage des projets prévus aux articles L. 161-17-1-1 et L. 161-17-1-2.

L'autorité compétente de l'Etat conclut avec l'Union des institutions et services de retraites un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de simplification et de mutualisation de l'assurance vieillesse ; il

comprend un schéma directeur des systèmes d'information. Ce contrat est conclu pour une période minimale de quatre ans.

Les modalités d'application du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par décret en Conseil d'Etat.

Article L161-17-1-1

Les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires communiquent par voie électronique les informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite, au maintien des droits et, s'il y a lieu, au calcul de ces dernières, notamment pour la mise en œuvre de l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, des articles L. 173-2, L. 353-1, L. 353-6, L. 815-1, L. 815-7 et L. 815-24 du présent code et L. 732-51-1 et L. 732-54-3 du code rural et de la pêche maritime. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret peut, aux mêmes fins, prévoir la création d'un répertoire national.

Article L161-17-1-2

Il est créé un répertoire de gestion des carrières unique pour lequel les régimes de retraite de base et complémentaires légalement obligatoires et les services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions adressent de manière régulière à la caisse nationale mentionnée à l'article L. 222-1 l'ensemble des informations concernant la carrière de leurs assurés. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce répertoire contient également les points acquis au titre du compte mentionné à l'article L. 4162-1 du code du travail.

Paragraphe 2 : Ouverture du droit et liquidation.

Article L161-17-2

L'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 du présent code, à l'article L. 732-18 du code rural et de la pêche maritime, au 1° du I de l'article L. 24 et au 1° de l'article L. 25 du code des pensions civiles et militaires de retraite est fixé à soixante-deux ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1955.

Cet âge est fixé par décret dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa pour les assurés nés avant le 1er janvier 1955 et, pour ceux nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1954, de manière croissante :

1° A raison de quatre mois par génération pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1951 ;

2° A raison de cinq mois par génération pour les assurés nés entre le 1er janvier 1952 et le 31 décembre 1954.

Article L161-17-3

Pour les assurés des régimes auxquels s'applique l'article L. 161-17-2, la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite au taux plein et la durée des services et bonifications nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum d'une pension civile ou militaire de retraite sont fixées à :

- 1° 167 trimestres, pour les assurés nés entre le 1er janvier 1958 et le 31 décembre 1960 ;
- 2° 168 trimestres, pour les assurés nés entre le 1er janvier 1961 et le 31 décembre 1963 ;
- 3° 169 trimestres, pour les assurés nés entre le 1er janvier 1964 et le 31 décembre 1966 ;
- 4° 170 trimestres, pour les assurés nés entre le 1er janvier 1967 et le 31 décembre 1969 ;
- 5° 171 trimestres, pour les assurés nés entre le 1er janvier 1970 et le 31 décembre 1972 ;
- 6° 172 trimestres, pour les assurés nés à partir du 1er janvier 1973.

Article L161-17-4

L'âge prévu à l'article L. 161-17-2 est abaissé à due concurrence du nombre de trimestres attribués au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-6-1, dans des conditions et limites fixées par décret.

Article L161-18

Pour la liquidation des droits à l'assurance vieillesse, l'appréciation de l'inaptitude au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du présent code par un régime d'assurance vieillesse de salariés ou un régime de non-salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales est valable à l'égard de l'un ou l'autre des régimes en cause.

Cette disposition est applicable au régime des non-salariés des professions agricoles en ce qui concerne les assurés mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-23 du code rural et de la pêche maritime.

Article L161-18-1

Pour l'attribution d'un avantage de vieillesse, la personne de nationalité étrangère résidant en France doit justifier de la régularité de son séjour en France par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret.

Article L161-19

Toute période de service national légal, de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation des avantages vieillesse.

Article L161-19-1

Sont prises en compte, pour la détermination de la durée d'assurance visée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1, du I des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, au premier alinéa du I de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite et à l'article L. 732-25 du code rural et de la pêche maritime, les périodes durant lesquelles l'assuré a été affilié à un régime obligatoire de pension d'une institution européenne ou d'une organisation internationale à laquelle la France est partie, dès lors qu'il est affilié à ce seul régime de retraite obligatoire.

Article L161-20

Des décrets fixent, nonobstant toute disposition législative contraire, les conditions dans lesquelles les périodes de détention provisoire sont prises en considération pour l'ouverture du droit à pension au titre des régimes législatifs ou réglementaires d'assurance vieillesse auxquels les articles L. 351-3 du présent code et L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables. La situation des personnes en détention provisoire ne peut, en aucun cas, être plus favorable que celle qui est faite par ces différents régimes aux personnes en état de chômage involontaire.

Article L161-21

Les périodes de versement de l'indemnité de soins aux tuberculeux prévue à l'article L. 41 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, y compris celles au cours desquelles les intéressés ont été hospitalisés en raison de l'affection ayant justifié le service de cette indemnité, sont prises en considération pour l'ouverture et le calcul des droits à pension de vieillesse, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsqu'elles succèdent à des périodes d'assurance ou à des périodes validables au titre de l'article L. 161-19.

Ont la faculté de demander la validation des périodes mentionnées au premier alinéa du présent article, les personnes qui ont cessé de bénéficier de l'indemnité de soins aux tuberculeux ou leurs conjoints survivants.

Cette faculté leur est offerte quelle que soit la date d'entrée en jouissance de la pension.

Les rachats afférents aux périodes validées en application du premier alinéa du présent article, opérés en application de l'article L. 742-4, sont annulés et remboursés aux intéressés.

Les dispositions des premier, deuxième et troisième alinéas du présent article s'appliquent aux assurés des régimes d'assurance vieillesse d'origine législative ou réglementaire, dans le cadre des règles propres à chacun desdits régimes.

Paragraphe 3 : Service des pensions de vieillesse.

Article L161-22

Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement au 31 mars 1983, liquidée au titre d'un régime de retraite de base légalement obligatoire, et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, ou ultérieurement, est subordonné à la rupture de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non salariée relevant du ou desdits régimes, à la cessation de cette activité.

Par dérogation, les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à la reprise d'une activité relevant du régime général de sécurité sociale, du régime des salariés agricoles ou de l'un des régimes spéciaux de retraite au sens de l'article L. 711-1 et procurant des revenus qui, ajoutés aux pensions servies par ces mêmes régimes ainsi que par les régimes complémentaires légalement obligatoires régis par le livre IX, sont inférieurs à 160 % du salaire minimum de croissance ou au dernier salaire d'activité perçu avant la liquidation de la ou desdites pensions et sous réserve que cette reprise d'activité, lorsqu'elle a lieu chez le dernier employeur, intervienne au plus tôt six mois après la date d'entrée en jouissance de la pension.

Lorsque l'addition des revenus et pensions mentionnés au deuxième alinéa est supérieure au plafond mentionné au même alinéa, l'assuré en informe la ou les caisses compétentes et chacune des pensions servies par ces régimes est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret.

Par dérogation aux deux précédents alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;

b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.

La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.

Les dispositions des trois premiers alinéas ne font pas obstacle à l'exercice des activités suivantes :

1° activités entraînant affiliation au régime général de la sécurité sociale en application du 15° de l'article L. 311-3, sauf pour les salariés artistes-interprètes qui exercent dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée, et de l'article L. 382-1 ainsi que les activités exercées par les artistes-interprètes rattachés au régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 622-5 ;

2° activités à caractère artistique, littéraire ou scientifique, exercées accessoirement avant la liquidation de la pension de retraite ;

3° participation aux activités juridictionnelles ou assimilées, consultations données occasionnellement, participation à des jurys de concours publics ou à des instances consultatives ou délibératives réunies en vertu d'un texte législatif ou réglementaire ;

4° activités exercées par des personnes bénéficiant de l'article L. 634-6-1 ;

5° activités d'hébergement en milieu rural réalisées avec des biens patrimoniaux ;

6° des activités de parrainage définies à l'article L. 811-2 du code du travail ;

7° activités correspondant à des vacances accomplies dans des établissements de santé ou dans des établissements ou services sociaux et médico-sociaux et à leur demande par des médecins ou infirmiers en retraite, dans la limite d'une durée et d'un plafond prévus par décret en Conseil d'Etat. Le dépassement du plafond entraîne une réduction à due concurrence de la pension de retraite. Cette possibilité de cumul n'est ouverte qu'à compter de l'âge légal ou réglementaire de départ à la retraite ;

8° Le premier alinéa ne fait pas obstacle à la perception des indemnités mentionnées à l'article L. 382-31 du présent code.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas opposables à l'assuré qui demande le bénéfice d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment par les articles L. 351-15 du présent code et L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime.

Article L161-22-1 A

La reprise d'activité par le bénéficiaire d'une pension de vieillesse personnelle servie par un régime de retraite de base légalement obligatoire n'ouvre droit à aucun avantage de vieillesse, de droit direct ou dérivé, auprès d'aucun régime légal ou rendu légalement obligatoire d'assurance vieillesse, de base ou complémentaire.

Le premier alinéa du présent article n'est pas opposable à l'assuré qui demande le bénéfice d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment à l'article L. 351-15.

Article L161-22-1

Le service des pensions de vieillesse dont bénéficient les salariés assujettis à la contribution de solidarité définie à l'article 4 de l'ordonnance n° 82-290 du 30 mars 1982 est suspendu à leur demande.

La suspension de l'ensemble de ces pensions exonère les intéressés et leurs employeurs du versement de cette contribution.

Article L161-22-2

Lorsqu'un assuré n'a relevé au cours de sa carrière que d'un régime de retraite de base et ne justifie pas d'une durée d'assurance, au sens du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, au moins égale à un nombre de trimestres fixé par décret en Conseil d'Etat, il perçoit, à sa demande, au plus tôt à l'âge fixé à l'article L. 161-17-2, un versement égal au montant des cotisations versées à son régime de retraite, auxquelles sont appliqués les coefficients de revalorisation en vigueur au 1er janvier de l'année de la demande applicables aux salaires et cotisations servant de base au calcul des pensions.

Paragraphe 4 : Pensions de réversion.

Article L161-23

Lorsqu'un conjoint survivant ou divorcé remarié n'est susceptible de bénéficier d'aucun droit à pension de réversion du chef de son dernier conjoint, il recouvre le droit à pension de réversion du chef d'un précédent conjoint dont l'a privé son remariage, à condition que ce droit ne soit pas ouvert au profit d'un autre ayant cause.

Les dispositions ci-dessus sont applicables aux pensions de réversion prenant effet postérieurement au 14 juillet 1982.

Paragraphe 5 : Revalorisation des pensions de vieillesse.

Article L161-23-1

Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1er octobre de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

Section 2 : Dispositions diverses

Article L161-25

La revalorisation annuelle des montants de prestations dont les dispositions renvoient au présent article est effectuée sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées.

Si ce coefficient est inférieur à un, il est porté à cette valeur.

Article L161-25-1

Les personnes de nationalité étrangère ont droit et ouvrent droit aux prestations d'assurances maladie, maternité et décès si elles remplissent les conditions fixées par l'article L. 115-6 pour être affiliées à un régime de sécurité sociale.

Article L161-26

Les dispositions de l'article L. 355-3 sont étendues par décret aux bénéficiaires de tous régimes obligatoires d'assurance vieillesse ou invalidité.

Section 3 : Dispositions d'application

Article L161-27

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 161-1 à L. 161-6, L. 161-15, L. 161-17 à L. 161-23-1.

Section 4 : Systèmes d'information de l'assurance maladie et tiers payant

Article L161-28

Les caisses nationales des régimes d'assurance maladie ont pour mission de participer à la maîtrise de l'évolution des dépenses. A cette fin, elles prennent toutes mesures d'organisation et de coordination internes à ces régimes, notamment de collecte, de vérification et de sécurité des informations relatives à leurs bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies.

Article L161-28-1

Il est créé un système national d'information interrégimes de l'assurance maladie qui contribue :

1° A la connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par circonscription géographique, par nature de dépenses, par catégorie de professionnels responsables de ces dépenses et par professionnel ou établissement ;

2° A la transmission en retour aux prestataires de soins d'informations pertinentes relatives à leur activité et leurs recettes, et s'il y a lieu à leurs prescriptions ;

3° A la définition, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de politiques de santé publique ;

4° A la constitution du système national des données de santé, mentionné à l' article L. 1461-1 du code de la santé publique.

Le système national d'information interrégimes est mis en place par les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie. Ces derniers transmettent au système national d'information interrégimes de l'assurance maladie les données nécessaires.

Les modalités de gestion et de renseignement du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, définies conjointement par protocole passé entre au moins la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale du régime social des indépendants, sont approuvées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Cet arrêté est pris après avis motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les données reçues et traitées par le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie préservent la vie privée des personnes ayant bénéficié des prestations de soins.

Article L161-29

Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, et des pathologies diagnostiquées. Les documents prévus au premier alinéa de l'article L. 161-33 doivent comporter l'ensemble de ces informations. Les personnels des établissements de santé chargés de la facturation des prestations, les directeurs de ces établissements ou leur représentant ont connaissance, dans le cadre de leur fonction et pour la durée de leur accomplissement, du numéro de code de ces prestations.

Pour assurer l'exécution de leur mission, les caisses nationales mettent en oeuvre un traitement automatisé des données mentionnées à l'alinéa précédent.

Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le personnel des organismes d'assurance maladie a connaissance, dans le cadre de ses fonctions et pour la durée nécessaire à leur accomplissement, des numéros de code des pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies au bénéfice d'une personne déterminée, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, tels qu'ils figurent sur le support utilisé pour la transmission prévue au premier alinéa ou dans les données issues du traitement susmentionné.

Seuls les praticiens-conseils et les personnels placés sous leur autorité ont accès aux données nominatives issues du traitement susvisé, lorsqu'elles sont associées au numéro de code d'une pathologie diagnostiquée.

Le personnel des organismes d'assurance maladie est soumis au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précisera les modalités d'application du premier alinéa du présent article.

Article L161-31

I.-Les organismes d'assurance maladie délivrent une carte électronique individuelle inter-régimes à tout bénéficiaire de l'assurance maladie qui comporte une photographie de celui-ci.

Cette carte est valable partout en France et tout au long de la vie de son titulaire, sous réserve que la personne bénéficie de prestations au titre d'un régime d'assurance maladie et des mises à jour concernant un changement de régime ou des conditions de prise en charge. Elle est délivrée gratuitement.

En cas de vol, perte ou dysfonctionnement, la carte est remplacée par l'organisme d'affiliation de l'assuré.

Le contenu de la carte, les modalités d'identification de son titulaire et ses modes de délivrance, de renouvellement, de mise à jour et d'utilisation sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

I. bis-Les organismes servant les prestations d'un régime de base d'assurance maladie inscrivent sur une liste d'opposition les numéros des cartes en circulation et en cours de validité perdues, volées ou dénoncées. Les conditions de mise en oeuvre de cette liste sont fixées par les conventions nationales, accords nationaux et contrats ou autres dispositions applicables mentionnés à l'article L. 161-34.

II.-Cette carte électronique comporte un volet d'urgence destiné à recevoir les informations nécessaires aux interventions urgentes. Les professionnels de santé peuvent porter sur le volet, avec le consentement exprès du titulaire de la carte, les informations nécessaires aux interventions urgentes ainsi que la mention : " A été informé de la législation relative au don d'organes ". Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe les conditions d'application de cette mesure ainsi que les conditions d'accès aux différentes informations figurant dans ce volet d'urgence.

III.-L'utilisation de cette carte permet d'exprimer l'accord du titulaire pour autoriser un médecin ayant adhéré à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou exerçant dans un établissement ou un centre de santé et dûment authentifié au moyen de la carte mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 à prendre connaissance des informations contenues sur le relevé mis à sa disposition en application de l'article L. 162-4-3.

IV.-Sur le premier décompte de l'année civile envoyé à l'assuré figure le montant des dépenses engagées par celui-ci au cours de l'année civile précédente.

V.-Le pharmacien qui délivre à un assuré social porteur de la carte électronique individuelle interrégimes ou à un de ses ayants droit une spécialité pharmaceutique remboursable par les régimes de l'assurance maladie lui communique, pour information, la charge que la spécialité représente pour ces régimes. Un décret précise les conditions de cette obligation de communication.

Article L161-32

Il est créé un répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie, comportant les informations nécessaires au rattachement de chaque bénéficiaire à l'organisme d'assurance maladie auquel il est affilié et, éventuellement, à un organisme complémentaire de son choix.

Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article L161-33

L'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie est subordonnée à la production de documents dont le contenu, le support ainsi que les conditions et délais de transmission à la caisse du bénéficiaire sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Si le bénéficiaire, ayant reçu du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, les documents nécessaires à la constatation des soins ou d'une incapacité de travail les transmet à la caisse hors du délai prévu, il encourt une sanction fixée par voie réglementaire, pouvant aller jusqu'à la déchéance du droit aux prestations pour la période pendant laquelle le contrôle de celles-ci aurait été rendu impossible.

En cas de transmission électronique, si le professionnel, l'organisme ou l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie est responsable d'un défaut de transmission à la caisse du bénéficiaire de documents mentionnés à l'alinéa précédent ou s'il les a transmis hors du délai prévu, et sans préjudice d'éventuelles sanctions prévues par les conventions nationales mentionnées au chapitre 2 du présent titre, la caisse peut exiger du professionnel ou de l'organisme concerné la restitution de tout ou partie des prestations servies à l'assuré. Pour son recouvrement, cette restitution est assimilée à une cotisation de sécurité sociale.

Dans le cas de transmission électronique par les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées par une carte électronique individuelle, appelée carte de professionnel de santé. Le contenu, les modalités de délivrance et d'utilisation de cette carte sont fixés par décret en Conseil d'Etat après avis de la Commission nationale informatique et libertés.

Article L161-34

Pour les professions concernées par les dispositions des chapitres II et V du présent titre et par les dispositions des articles L. 322-5 à L. 322-5-4, les conventions nationales, accords nationaux et contrats ou les dispositions applicables en l'absence de convention, de contrat ou d'accord précisent, pour chaque profession ou établissement concerné et en complément des dispositions de l'article L. 161-33, les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. A défaut, ces modalités et ces sanctions sont arrêtées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article L161-35

I.-Les professionnels de santé et centres de santé mentionnés aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 sont tenus d'assurer, pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, la transmission électronique des documents visés à l'article L. 161-33 et servant à la prise en charge des soins, produits ou prestations remboursables par l'assurance maladie.

II.-Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-33, le non-respect de l'obligation de transmission électronique par les professionnels et centres de santé donne lieu à l'application d'une sanction conventionnelle.

III.-Les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 déterminent le mode de mise en œuvre de cette sanction conventionnelle ainsi que les conditions de sa modulation en fonction notamment des conditions d'activité des professionnels, de réalisation de la prestation et du taux de transmission électronique des documents concernés. Elles précisent également les modalités de la procédure applicable, notamment les conditions dans lesquelles les professionnels et centres concernés peuvent faire valoir leurs observations.

IV.-A défaut de dispositions conventionnelles applicables au titre du présent article, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fixe les dispositions mentionnées au III.

Article L161-35-1

Les dispositions des articles L. 161-33, L. 161-34 et du premier alinéa de l'article L. 161-35 relatives à la transmission électronique des documents nécessaires à la prise en charge des prestations sont applicables aux prestations mentionnées au 1° de l'article L. 431-1.

Article L161-36-2

Les organismes d'assurance maladie sont habilités, dans le cadre du tiers payant, à verser au professionnel ou à l'établissement de santé la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ainsi que, le cas échéant, lorsqu'ils ont reçu délégation de gestion, celle prise en charge par l'organisme servant les prestations d'assurance complémentaire de santé de l'assuré.

Article L161-36-3

Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa du présent article ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

Article L161-36-4

Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 160-13 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.

Section 6 : Institut des données de santé

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1 bis : Haute Autorité de santé

Article L161-37

La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :

1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. A cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé ainsi que sur leur efficacité. Elle réalise ou valide notamment les études médico-économiques nécessaires à l'évaluation des actes mentionnés aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 et des produits et technologies de santé. Un décret en Conseil d'Etat précise les cas dans lesquels cette évaluation médico-économique est requise, en raison notamment de l'amélioration du service attendu de l'acte, de l'amélioration du service médical rendu par le produit ou la technologie et des coûts prévisibles de son utilisation ou prescription, et les conditions dans lesquelles elle est réalisée, notamment les critères d'appréciation et les délais applicables ;

1° bis Elaborer ou mettre à jour des fiches sur le bon usage de certains médicaments permettant notamment de définir leur place dans la stratégie thérapeutique, à l'exclusion des médicaments anticancéreux pour lesquels l'Institut national du cancer élabore ou met à jour les fiches de bon usage ;

2° Elaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire. Elle élabore ou valide également, à destination des professionnels de santé, dans des conditions définies par décret, un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ainsi que des listes de médicaments à utiliser préférentiellement, après avis de l'Institut national du cancer s'agissant des médicaments anticancéreux ;

3° Etablir et mettre en oeuvre des procédures d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;

4° Etablir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;

5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ;

6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs ;

7° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 1414-5 du code de la santé publique sur les références aux normes harmonisées prévues pour l'accréditation des laboratoires de biologie médicale ;

8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants ;

9° Rendre l'avis mentionné au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique ;

10° Rendre l'avis mentionné au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, ainsi qu'un avis portant évaluation de chacun des actes prévus par les protocoles de coopération conformément au 1° du présent article ;

10° Organiser des consultations précoces avec ses services à la demande des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, avant la mise en œuvre des essais cliniques nécessaires à l'évaluation mentionnée au 1° du présent article.

Pour l'accomplissement de ses missions, la Haute Autorité de santé travaille en liaison notamment avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Agence nationale de santé publique et l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Elle peut mener toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé.

Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité de santé. A ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre.

La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée.

La Haute Autorité de santé rend publics l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des domaines d'action prioritaires et des objectifs de la stratégie nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique.

Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.

Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d'établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

La Haute Autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-41 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en oeuvre en application du 2° du présent article. Les commissions spécialisées mentionnées au même article L. 161-41 autres que celles créées par la Haute Autorité de santé remettent chaque année au Parlement un rapport d'activité mentionnant notamment les modalités et principes selon lesquels elles mettent en oeuvre les critères d'évaluation des produits de santé en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Les décisions et communications prises en vertu des 1° et 2° du présent article sont transmises sans délai à la Conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique.

Article L161-38

I. # La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé.

I bis.-Elle est chargée de l'agrément des bases de données sur les médicaments destinées à l'usage des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation mentionnés aux II et III, sur la base d'une charte de qualité qu'elle élabore.

II. # Elle établit également la procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Elle veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels intègrent les recommandations et avis médico-économiques identifiés par la Haute Autorité de santé, permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale, d'afficher les prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription, d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques ou à la liste de référence des groupes biologiques similaires et comportent une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement.

Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de prescription médicamenteuse. Elle garantit la conformité des logiciels à des exigences minimales en termes de sécurité, de conformité et d'efficacité de la prescription.

III. # La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des logiciels d'aide à la dispensation. Elle garantit que ces logiciels assurent la traduction des principes actifs des médicaments selon leur dénomination commune internationale recommandée par l'Organisation mondiale de la santé ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée européenne ou française.

Cette procédure de certification participe à l'amélioration des pratiques de dispensation officinale ou de dispensation par les pharmacies à usage intérieur. Elle garantit la conformité des logiciels d'aide à la dispensation à des exigences minimales en termes de sécurité et de conformité de la dispensation.

IV. # Les certifications prévues aux I à III sont mises en oeuvre et délivrées par des organismes certificateurs accrédités par le Comité français d'accréditation ou par l'organisme compétent d'un autre Etat membre de l'Union européenne attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute Autorité de santé.

Ces certifications sont rendues obligatoires pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales ou une aide à la dispensation des médicaments dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2015.

Ces certifications sont rendues obligatoires pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à la dispensation de médicaments par les pharmacies à usage intérieur, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1er janvier 2018.

Article L161-39

La Haute Autorité de santé peut procéder, à tout moment, à l'évaluation du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent. Elle peut être également consultée, notamment par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégorie de produits ou prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant. Les entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés sont tenus de lui transmettre les informations qu'elle demande à cet effet après les avoir rendues anonymes.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. La Haute Autorité de santé rend un avis dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire, et notamment celles prises en application du 2° de l'article L. 5311-2 du code de la santé publique, la Haute Autorité de santé fixe les orientations en vue de l'élaboration et de la diffusion des recommandations de bonne pratique de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé mentionnée à l'article L. 5311-1 du même code et procède à leur diffusion.

La Haute Autorité peut saisir l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de toute demande d'examen de la publicité pour un produit de santé diffusée auprès des professions de santé.

Dans le respect des règles relatives à la transmission et au traitement des données à caractère personnel, les caisses d'assurance maladie et l'Institut des données de santé transmettent à la Haute Autorité les informations nécessaires à sa mission, après les avoir rendues anonymes.

Article L161-40

Au titre de sa mission d'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population, la Haute Autorité de santé est chargée :

1° De contribuer à la qualité des actions concourant au développement professionnel continu et de participer à leur évaluation ;

2° D'analyser les modalités d'organisation et les pratiques professionnelles à l'origine des faits mentionnés à l'article L. 1413-14 du code de la santé publique relevant de son champ de compétence et de proposer aux autorités sanitaires toute mesure utile pour y remédier ;

2° bis Rendre un avis sur la liste des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage mis en oeuvre dans le cadre des programmes de santé visés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique ;

3° D'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins.

Article L161-40-1

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en liaison avec la Haute Autorité de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, sous l'égide du ministère chargé de la santé, met en oeuvre une base de données administratives et scientifiques sur les traitements ainsi que sur le bon usage des produits de santé, consultable et téléchargeable gratuitement sur le site internet du ministère chargé de la santé, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé, des usagers et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Cette base de données répond aux critères définis dans la charte de qualité des bases de données médicamenteuses destinées aux éditeurs de logiciels d'aide à la prescription candidats à la procédure de certification prévue à l'article L. 161-38.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les conditions dans lesquelles celle-ci est rendue gratuitement accessible au public.

Article L161-41

La Haute Autorité de santé comprend un collège et des commissions spécialisées présidées par un membre du collège et auxquelles elle peut déléguer certaines de ses attributions.

Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique, L. 165-1 et L. 161-37 du présent code constituent des commissions spécialisées de la Haute Autorité. Leurs attributions peuvent être exercées par le collège. Les autres commissions spécialisées sont créées par la haute autorité, qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement.

La dénomination, la composition et les règles de fonctionnement de la commission spécialisée mentionnée au treizième alinéa de l'article L. 161-37 sont définies par la Haute Autorité de santé.

Article L161-42

Le collège est composé de huit membres choisis en raison de leur qualification et de leur expérience dans les domaines de compétence de la Haute Autorité de santé :

1° Deux membres désignés par le Président de la République ;

2° Deux membres désignés par le président de l'Assemblée nationale ;

3° Deux membres désignés par le président du Sénat ;

4° Deux membres désignés par le président du Conseil économique, social et environnemental.

Les deux membres mentionnés, respectivement, aux 1° à 4° sont une femme et un homme.

Les membres du collège sont nommés par décret du Président de la République. Le président du collège est nommé dans les mêmes conditions parmi ses membres.

La durée du mandat des membres du collège est de six ans, renouvelable une fois.

En cas de vacance survenant plus de six mois avant l'expiration du mandat, il est procédé à la nomination, dans les conditions prévues au présent article, d'un nouveau membre de même sexe dont le mandat expire à la date à laquelle aurait expiré le mandat de la personne qu'il remplace. Son mandat peut être renouvelé s'il a occupé ces fonctions de remplacement pendant moins de deux ans.

Le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans.

Article L161-43

La Haute Autorité de santé dispose de services placés sous l'autorité d'un directeur nommé, après avis du collège, par le président de celui-ci.

Sur proposition du directeur, le collège fixe le règlement intérieur des services.

Le président du collège représente la Haute Autorité en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à cet effet au directeur.

Le personnel de la Haute Autorité est composé d'agents contractuels de droit public, de salariés de droit privé ainsi que d'agents de droit privé régis soit par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale, soit par un statut fixé par décret. Dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, des agents publics peuvent être placés auprès de la Haute Autorité dans une position prévue par le statut qui les régit.

Les dispositions des articles L. 412-1, L. 421-1, L. 431-1 et L. 236-1 du code du travail sont applicables au personnel des services de la Haute Autorité. Toutefois, ces dispositions peuvent faire l'objet, par décret en Conseil d'Etat, d'adaptations rendues nécessaires par les conditions de travail propres à la Haute Autorité et les différentes catégories de personnel qu'elle emploie.

Article L161-45

La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur.

Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :

1° Des subventions de l'Etat ;

2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans des conditions fixées par décret. Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé ;

3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;

4° Des produits divers, des dons et legs.

Article L161-45-1

Les biens immobiliers appartenant à la Haute Autorité de santé sont soumis aux dispositions du code général de la propriété des personnes publiques applicables aux établissements publics de l'Etat.

Article L161-46

Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat, notamment :

1° Les conditions dans lesquelles la Haute Autorité de santé procède aux évaluations et émet les avis mentionnés à l'article L. 161-37 ;

2° Les critères d'évaluation des produits, actes ou prestations de santé.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Article L162-1

Sous réserve des dispositions relatives aux assurés bénéficiaires de l'aide sociale, les soins sont dispensés aux assurés sociaux dans les conditions définies par les articles ci-après.

Article L162-1-7

La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

Tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième alinéa.

Article L162-1-7-1

Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les biologiste-responsable et biologistes coresponsables mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7.

L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'union de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du présent code ou au I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, les motifs de l'absence de décision d'inscription :

1° Des actes présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé et dont l'inscription sur la liste prévue au même article L. 162-1-7 est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ;

2° Des actes pratiqués uniquement au sein d'un établissement de santé et ayant ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;

3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;

4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant recueilli un avis favorable du collège des financeurs en application du III de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique.

L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° du présent article fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de santé.

Les actes mentionnés au 3° demeurent pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans le délai de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les modalités d'application du présent article, notamment la définition de l'amélioration du service attendu de l'acte et les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la Haute Autorité de santé, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.

Article L162-1-7-2

La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un salarié d'un établissement thermal est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel.

Article L162-1-8

En l'absence de hiérarchisation par les commissions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au troisième alinéa du même article et de l'évaluation mentionnée au deuxième alinéa du présent article, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la hiérarchisation d'un acte dont le service attendu est suffisant, lorsqu'il appartient

à l'une ou l'autre des catégories mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 162-1-7-1, sans relever des actes mentionnés au premier alinéa du même article.

L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° dudit article est évalué par la Haute Autorité de santé.

Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au premier alinéa du présent article, la décision d'inscription de cet acte est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de trente jours à compter de l'expiration du délai mentionné à ce même premier alinéa.

En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans le délai mentionné au deuxième alinéa, l'Union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs.

Dans le cas prévu au 3° de l'article L. 162-1-7-1, l'acte reste pris en charge dans les conditions de l'expérimentation si une demande d'évaluation a été déposée auprès de la Haute Autorité de santé dans un délai maximal de six mois avant la fin de l'expérimentation. Cette prise en charge est valable au maximum un an à compter du dépôt de cette demande, jusqu'à l'intervention de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les modalités d'application du présent article, notamment la définition des critères mentionnés aux 1° à 3° du même article L. 162-1-7-1, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les modalités relatives aux délais sont fixées par décret.

Article L162-1-10

Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou qui sont salariés des centres de santé sont mises en oeuvre pour délivrer des soins palliatifs à domicile. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par les organismes d'assurance maladie. Les modes de rémunération particuliers et leur montant sont déterminés par un accord au conventionnel interprofessionnel prévu au II de l'article L. 162-14-1.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

Article L162-1-11

Les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale et de leur permettre de connaître les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'ils reçoivent sont pris en charge.

Les assurés sociaux peuvent obtenir toutes informations utiles portant notamment sur les tarifs applicables, les taux de remboursement et les conditions de prise en charge des services et des produits de santé, ainsi que sur le bon usage des soins ou de ces produits.

Les caisses peuvent également mettre en oeuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions. Ils peuvent en particulier fournir tous éléments d'information sur les services assurés par les établissements de santé et sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant ainsi que sur leur adhésion aux contrats prévus à l'article L. 162-12-21 du présent code et à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, et leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L. 4133-1 du code de la santé publique. Ils fournissent également tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés et toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins.

Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.

Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique visant à apporter des conseils et un soutien pour favoriser l'arrêt du tabac à l'attention des personnes bénéficiaires de la prescription d'un traitement de substitution nicotinique.

Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions et veillent à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires.

Les organismes qui gèrent un régime obligatoire pour le compte d'une caisse d'assurance maladie peuvent, dans le cadre d'une convention spécifique, être associés à la mission prévue par le présent article.

Les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions, en veillant à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires, et en l'évaluant chaque année avec le concours de représentants des familles et des usagers.

Article L162-1-12

L'examen bucco-dentaire de prévention mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique ainsi que les soins dentaires réalisés dans les six mois suivant cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, sont pris en charge en totalité par les régimes obligatoires de l'assurance maladie et maternité, et les bénéficiaires de ces actes sont dispensés de l'avance des frais.

Article L162-1-13

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 sont définis par un accord-cadre conclu par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des professionnels de santé.

Cet accord-cadre ne s'applique à une des professions susmentionnées que si au moins une organisation syndicale représentative de cette profession l'a signé.

Cet accord-cadre, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, à l'article L. 162-16-1 et à l'article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique.

Article L162-1-14-1

Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

- 1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;
- 2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;
- 3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;
- 4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3-2 du code de la santé publique.

La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévus à l'article L. 114-17-1 du présent code, peut consister en :

-une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° du présent article ;

-une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ;

-en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° du I de l'article L. 162-14-1.

Les sanctions prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.

Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.

Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux septième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1.

L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.

Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire.

Article L162-1-14-2

Le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, d'une société de transport sanitaire ou d'une entreprise de taxi mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 concernant l'ensemble de son activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'Etat est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la base d'un échantillon dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'Etat, après avis conforme du directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces structures excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de structures, par ce décret. Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisé dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application de l'article L. 162-22-6.

En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 114-17-1, pénalité qui est notifiée et recouvrée dans les conditions prévues au même article. La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Le montant de cette pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur un ou plusieurs éléments d'activité ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à ceux-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être supprimé, minoré ou majoré dans la limite de 25 %,

en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées à des fraudes au sens de l'article L. 162-1-14, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %.

La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L. 114-17-1 fait état de la méthodologie de contrôle employée.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-1-15

I.-Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-1, à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que des frais de transport ou le versement des indemnités journalières mentionnés, respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 321-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime, en cas de constatation par ce service :

1° Du non-respect par le médecin des conditions prévues, respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 321-1 et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ;

2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de consultations effectuées significativement supérieures aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;

3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports ou d'un nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;

4° Ou d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ;

5° Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation ou d'un nombre de telles réalisations ou prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ou d'un groupe desdits actes, produits ou prestations significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie. Un décret définit les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations pour la mise en oeuvre des dispositions du présent alinéa.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport, actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa.

II.-Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus du médecin, le directeur poursuit la procédure prévue au I.

II bis.-La décision mentionnée au premier alinéa du I est notifiée après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.

III.-Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-1-16

I. - Les actes ou prestations mentionnés sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et réalisés par un réserviste mentionné à l'article L. 3132-1 du code de la santé publique durant son affectation donnent lieu :

- sous réserve du II du présent article et dans les cas de remplacement de professionnels de santé exerçant à titre libéral ou de concours apporté à ces professionnels, à un reversement à l'Agence nationale de santé publique du code de la santé publique du montant des honoraires perçus par le réserviste, qui est tenu de respecter les tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-1-7. Ce reversement s'effectue, le cas échéant, déduction faite d'une part reversée au cabinet libéral ou à la structure d'affectation selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

- dans le cas d'une mise à disposition auprès d'une personne morale, au remboursement par cette personne à l'Agence nationale de santé publique du code de la santé publique des indemnités ou rémunérations perçues par le réserviste durant la période relative à cette mise à disposition.

II. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles un arrêté de l'autorité compétente de l'Etat peut fixer les modalités particulières de rémunération des professionnels de santé libéraux exerçant dans le cadre des mesures d'urgence prises en application de l'article L. 3131-1 du code de la santé publique.

Article L162-1-17

En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical placé près de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de

prescriptions délivrés par un établissement de santé. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.

La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;

2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;

3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;

4° Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non-respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 162-30-4.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités.

Article L162-1-18

Les assurés ou ayants droit âgés de seize à vingt-cinq ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais.

Un décret fixe le contenu, les modalités et les conditions de mise en œuvre de la visite. Ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée à deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa.

Article L162-1-18-1

Lorsqu'un ayant droit mineur a fait usage, pour certains actes et prestations, du droit défini au premier alinéa de l'article L. 1111-5 et à l'article L. 1111-5-1 du code de la santé publique, la prise en charge par les organismes d'assurance maladie de certaines dépenses est protégée par le secret. La liste de ces actes et

prestations et de ces dépenses est définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ce secret est également protégé, dans les mêmes conditions, pour l'ayant droit majeur qui le demande.

Article L162-1-19

Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.

L'ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées.

Article L162-1-20

Les agents assermentés et agréés des organismes locaux d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 114-10 peuvent réaliser leurs vérifications et enquêtes administratives sur pièces et sur place aux fins d'obtenir communication des documents et informations mentionnés à l'article L. 114-19. A cet effet, ils doivent être reçus dans les établissements de santé ou par toute autre personne physique ou morale autorisée à délivrer les produits ou les prestations de services et d'adaptation associées inscrits sur les listes prévues aux articles L. 165-1 et L. 162-17 aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I de l'article L. 114-17-1, sous réserve qu'ils aient avisé la personne concernée dans un délai et dans des formes définis par décret en Conseil d'Etat et, notamment, qu'ils l'aient informée de son droit de se faire assister pendant les vérifications ou l'enquête administrative du conseil de son choix.

Lorsque les vérifications ou l'enquête administrative ont pour objet des faits relevant du VII du même article L. 114-17-1, cette information préalable n'est pas requise.

Section 1 : Médecins

Article L162-2

Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971.

Article L162-2-1

Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article L162-2-2

Le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation, aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé.

Article L162-3

Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les consultations médicales sont également données dans les maisons médicales.

Article L162-4

Les médecins sont tenus de signaler sur l'ordonnance, support de la prescription, le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent :

1° Lorsqu'ils prescrivent une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;

2° Lorsqu'ils prescrivent un produit ou une prestation en dehors des indications thérapeutiques ou diagnostiques, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ;

3° Lorsqu'ils prescrivent des actes ou prestations en dehors des indications ou des conditions de prise en charge ou de remboursement, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 ;

4° Lorsqu'ils prescrivent des actes et prestations non remboursables en application de l'article L. 160-8.

Lorsque les médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas le document prévu à l'article L. 161-33.

Pour les spécialités pharmaceutiques mentionnées au 1°, l'inscription de la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché " prévue à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique dispense de signaler leur caractère non remboursable.

Article L162-4-1

Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical :

1° Lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi de l'indemnité mentionnée au 5° de l'article L. 321-1, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail ;

2° Lorsqu'ils établissent une prescription de transport en vue d'un remboursement, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

Ils sont tenus en outre de porter sur ces mêmes documents les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription.

Article L162-4-2

La prise en charge par l'assurance maladie de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au prescripteur, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription qui doit alors être exécutée par ce pharmacien.

L'arrêté mentionné à l'alinéa précédent désigne, parmi les soins ou traitements figurant sur la liste, ceux pour lesquels, compte tenu des risques importants de mésusage, d'usage détourné ou abusif, la prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée à l'élaboration du protocole de soins prévu par l'article L. 324-1 soit pour l'ensemble des patients en cas de risque majeur pour leur santé, soit seulement en cas de constatation par les services du contrôle médical de l'assurance maladie d'usage détourné ou abusif. La prescription des soins et traitements ainsi désignés peut être antérieure à l'établissement du protocole prévu à l'article L. 324-1.

Article L162-4-3

Les médecins peuvent, à l'occasion des soins qu'ils délivrent et sous les conditions prévues à l'article L. 161-31, consulter les données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie. Dans ce cas, ils en informent préalablement le patient. Le bénéficiaire des soins donne son accord à cet accès en permettant au médecin d'utiliser, à cet effet, la carte mentionnée à l'article L. 161-31.

Le relevé des données mis à la disposition du médecin contient les informations nécessaires à l'identification des actes, produits ou prestations pris en charge pour les soins délivrés en ville ou en établissement de santé, au regard notamment des listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 165-1 et L. 162-17. Il comporte également le code prévu pour les identifier dans ces listes, le niveau de prise en charge et, pour les patients atteints d'une affection de longue durée, les éléments constitutifs du protocole de soins mentionné au septième alinéa de l'article L. 324-1. Il ne contient aucune information relative à l'identification des professionnels de santé prescripteurs.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et du Conseil national de l'ordre des médecins, détermine les modalités d'application du présent article.

Article L162-4-4

En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret.

Article L162-4-5

Le médecin qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Le médecin est également tenu de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

Sous-section 1 : Dispositions relatives aux relations conventionnelles

Article L162-5

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

La ou les conventions déterminent notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;

- 2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;
- 2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;
- 3° (Abrogé) ;
- 3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;
- 4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;
- 5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;
- 6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;
- 7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;
- 8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;
- 9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;
- 10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;
- 11° (Abrogé) ;
- 12° Le cas échéant :
- a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;
 - b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;
 - c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.

Pour la mise en oeuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;

13° bis Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;

14° (Abrogé) ;

15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;

16° (Abrogé) ;

17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins. Ces missions et modalités d'organisation sont distinctes de celles prévues au 23° ;

18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin. Ces modalités ne sont pas applicables aux patients âgés de moins de seize ans ;

19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38 ;

22° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé ;

23° Les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifique à ces patients, le cas échéant, avec les médecins d'autres spécialités, notamment en ce qui concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique et la transition vers le parcours de soins de l'adulte ;

24° Le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés définis au 22° relatifs aux missions et aux modalités d'organisation prévues au 23°.

Article L162-5-1

En l'absence de convention, les dispositions prises en application du 9e de l'article L. 162-5 continuent à s'appliquer à l'égard des unions de médecins.

Article L162-5-1-1

Les engagements conventionnels sur les dépenses liées aux prescriptions sont exprimés en volume, indépendamment de toute évolution tarifaire.

Article L162-5-2

La ou les conventions prévoient la possibilité de mettre à la charge du médecin dont la pratique ne respecte pas les références médicales prévues au 6° de l'article L. 162-5 une contribution.

Cette contribution est assise sur les revenus professionnels servant de base au calcul de la cotisation personnelle d'allocations familiales. Elle est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales. Les niveaux de cette contribution, leurs modalités d'application, de modulation ou de répartition entre régimes sont définis dans la ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5.

Article L162-5-3

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical partagé prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code.

Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

Sauf pour les patients âgés de moins de seize ans, la participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en oeuvre un protocole de soins ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus.

Article L162-5-4

Un décret prévoit la durée pendant laquelle les dispositions prises en application du 18° de l'article L. 162-5, de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 et du troisième alinéa de l'article L. 162-26 ne sont pas applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral. Il prévoit également la durée pendant laquelle les mêmes dispositions ne sont pas applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste qui s'installe ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone définie par l'agence régionale de santé.

Sous-section 3 : Dispositions diverses

Article L162-5-10

Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins qui n'adhèrent pas à la convention nationale des médecins ou qui ne sont pas régis par le règlement mentionné à l'article L. 162-14-2 donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie sur la base d'un tarif d'autorité fixé par arrêté interministériel.

Article L162-5-12

La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle au titre du 14° de l'article L. 162-5 est assurée par un organisme gestionnaire conventionnel. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion composé paritairement des représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

Lorsque les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, l'organisme gestionnaire conventionnel comporte deux sections. Il peut également comporter des sections spécifiques à chaque profession dont les relations avec les organismes d'assurance maladie sont régies par une convention mentionnée aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 pour la gestion des sommes affectées à leurs dispositifs de formation continue conventionnelle. Chaque section est administrée par un conseil de gestion paritaire qui comprend des représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des représentants des syndicats signataires de la convention nationale de la profession concernée.

Pour les professions dont il gère le dispositif de formation continue conventionnelle, l'organisme gestionnaire conventionnel est chargé notamment :

- de la gestion des appels d'offres sur les actions de formation ;
- de l'enregistrement de projets soumis par les organismes de formation ;
- de la gestion administrative et financière des actions agréées sur la base d'une convention de financement passée avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention concernée ;
- de l'évaluation des actions de formation professionnelle conventionnelle ;
- de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés participant aux actions de formation conventionnelle.

Les modalités d'application du présent article, notamment les statuts de l'organisme gestionnaire conventionnel et les règles d'affectation des ressources aux sections, sont fixées par décret.

Article L162-5-13

I.-Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L. 162-5 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient, notamment en cas de visite médicalement injustifiée, et sauf dans le cas prévu au 18° de l'article L. 162-5.

I bis.-Les tarifs mentionnés au I ne peuvent pas donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux personnes détenues affiliées aux assurances maladie et maternité du régime général en application du premier alinéa de l'article L. 381-30.

II.-La ou les conventions médicales prévues à l'article L. 162-5 peuvent prévoir, lorsqu'elles autorisent la pratique des honoraires différents des tarifs qu'elles fixent, soit un plafond de dépassement par acte, soit un plafond annuel pour les dépassements perçus par un praticien pour l'ensemble de son activité, ce plafond pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente.

Article L162-5-14

Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs.

Pour l'application du II de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique et par dérogation au premier alinéa du présent article, les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du même code par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont financés par le fonds défini à l'article L. 1435-8 dudit code, sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code.

Article L162-5-14-1

Les frais relatifs aux actes effectués par les médecins au titre de leurs fonctions de praticien territorial de médecine générale régies par l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique sont, lorsque les médecins ne sont pas adhérents à la convention médicale mentionnée à l'article L. 162-5 du présent code, pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1. Les praticiens territoriaux de médecine générale sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, de respecter les tarifs opposables.

Article L162-5-14-2

Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès mentionné au premier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales, réalisé au domicile du patient aux horaires et dans les conditions fixés par décret, sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les médecins sont tenus de respecter ces tarifs.

Article L162-5-15

Les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 du code de la santé publique ainsi que les médecins salariés d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du même code sont identifiés par un numéro personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent leur activité.

Le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 161-33 du présent code précise les cas dans lesquels ce numéro figure obligatoirement sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie en vue du remboursement ou de la prise en charge des soins dispensés par ces praticiens.

Article L162-5-16

A défaut d'identification par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15 des prescriptions dont l'exécution est assurée par des professionnels de santé exerçant en ville, les dépenses y afférentes constatées par les organismes de sécurité sociale sont imputées sur leurs versements à l'établissement de santé ou au centre de santé dans lequel exerce le médecin ayant effectué la prescription.

Article L162-5-17

A défaut d'identification par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15 des prescriptions de spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7, les dépenses y afférentes ne sont pas prises en charge par les organismes de sécurité sociale.

Ces dépenses ne peuvent être facturées au patient.

Section 2 : Chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux

Article L162-8

Les dispositions de l'article L. 162-4 s'appliquent aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux pour ce qui les concerne.

Article L162-8-1

La sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans mentionnée au 21° de l'article L. 322-3 ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive est tenue de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Elle est également tenue de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ; cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

Sous-section 1 : Conventions nationales

Article L162-9

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.

Ces conventions déterminent :

1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

2°) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux

et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

3°) La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 3° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;

4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;

5°) Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1° ;

7°) Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux ;

7° bis) Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;

8° Les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.

Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection ou de cette aide, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.

Sous-section 2 : Conventions départementales

Article L162-11

A défaut de convention nationale, les tarifs des honoraires et frais accessoires et la participation au financement des cotisations prévue au 5° du I de l'article L. 162-14-1 dus aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés par des conventions conclues entre les caisses primaires d'assurance maladie et un ou plusieurs des syndicats les plus représentatifs de chacune de ces professions, dans la limite des tarifs fixés par arrêté interministériel.

Les conventions doivent être conformes aux clauses de conventions types établies par décret en Conseil d'Etat et n'entrent en vigueur qu'après approbation par l'autorité administrative.

Dès leur approbation, les conventions sont applicables à l'ensemble des membres des professions intéressées, exerçant dans la circonscription de la caisse primaire, à l'exception de ceux qui, dans les conditions déterminées par la convention type, ont fait connaître à cet organisme qu'ils n'acceptent pas d'être régis par la convention.

En cas de violation des engagements conventionnels par un membre de l'une des professions intéressées, la caisse primaire d'assurance maladie peut décider, selon les conditions prévues par la convention type, de le placer hors de la convention.

En l'absence de conventions conclues avec la caisse primaire, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux peuvent adhérer personnellement aux clauses de la convention type sur la base de tarifs fixés dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article.

Sous-section 4 : Dispositions diverses

Article L162-12

A défaut de convention ou en l'absence d'adhésion personnelle à la convention type, les tarifs servant de base au remboursement des honoraires des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux sont fixés par arrêtés interministériels.

Sous-section 5 : Dispositions relatives aux infirmiers

Article L162-12-1

Les infirmiers sont tenus d'effectuer leurs actes dans le respect des dispositions prises pour l'application du titre II du livre IV du code de la santé publique et en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions.

Article L162-12-2

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des infirmiers ainsi que les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un infirmier remplaçant un infirmier conventionné et les actes effectués par les infirmiers conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature ;

1° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;

2° (Abrogé) ;

3° Les conditions, à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, aux sanctions prononcées le cas échéant à leur encontre pour des faits liés à l'exercice de leur profession et au suivi d'actions de formation, ainsi qu'à la zone d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins infirmiers dispensés aux assurés sociaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

6° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des infirmiers participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des infirmiers, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

7° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des infirmiers ;

8° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et des dispositions du présent article applicables aux infirmiers en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation avec les organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes infirmiers.

Article L162-12-3

La convention nationale prévoit la possibilité de mettre à la charge de l'infirmier qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° de l'article L. 162-12-2 une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures.

Elle fixe également les modalités d'application de l'alinéa précédent, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.

Article L162-12-4

Les dispositions des articles L. 162-9 à L. 162-12 ne sont pas applicables aux infirmiers.

Sous-section 6 : Dispositions relatives aux masseurs-kinésithérapeutes

Article L162-12-8

Les masseurs-kinésithérapeutes sont tenus d'effectuer leurs actes dans le respect des dispositions du titre III du livre IV du code de la santé publique et de leurs mesures d'application en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions.

Article L162-12-9

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations syndicales les plus représentatives des masseurs-kinésithérapeutes et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des masseurs-kinésithérapeutes, y compris les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute remplaçant un masseur-kinésithérapeute conventionné et les actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature ;

1° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;

2° (Abrogé) ;

3° Les conditions à remplir par les masseurs-kinésithérapeutes pour être conventionnés et notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

4° Le financement du fonctionnement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins de masso-kinésithérapie dispensés aux assurés sociaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

6° La possibilité de mettre à la charge du masseur-kinésithérapeute qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° ci-dessus tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;

7° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des masseurs kinésithérapeutes participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des masseurs-kinésithérapeutes, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes ;

9° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux masseurs-kinésithérapeutes en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes masseurs-kinésithérapeutes.

Elle fixe également les modalités d'application de l'alinéa précédent, et notamment les conditions dans lesquelles le masseur-kinésithérapeute concerné présente ses observations.

Article L162-12-10

La convention nationale prévoit la possibilité de mettre à la charge du masseur-kinésithérapeute qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° de l'article L. 162-12-9 une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures.

Elle fixe également les modalités d'application de l'alinéa précédent, et notamment les conditions dans lesquelles le masseur-kinésithérapeute concerné présente ses observations.

Article L162-12-11

Les dispositions des articles L. 162-9 à L. 162-11 ne sont pas applicables aux masseurs-kinésithérapeutes.

Section 2.1 : Références professionnelles

Article L162-12-15

Les références mentionnées au 6° du troisième alinéa de l'article L. 162-5, au 3° du deuxième alinéa de l'article L. 162-9 et au 5° du deuxième alinéa de l'article L. 162-12-2 et de l'article L. 162-12-9 identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont établies par la Haute Autorité de santé, à partir de critères scientifiques reconnus et, pour le domaine du médicament, par l'Agence

nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et pour apprécier le service médical rendu.

Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-12-9, ou, à défaut, le règlement prévu à l'article L. 162-14-2, déterminent les références rendues opposables aux professionnels de santé et les conditions de cette opposabilité.

Des recommandations de bonne pratique établies par la Haute Autorité de santé ou par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé accompagnent, pour chaque thème, les références opposables. Les recommandations concernant le médicament sont diffusées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ; les autres sont, en ce qui concerne les professions de santé, diffusées par l'intermédiaire des unions régionales des professionnels de santé.

Ces références sont également mises en oeuvre par les établissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, pour ce qui concerne leurs activités de consultation externe. Leur respect est, le cas échéant, pris en compte dans la procédure de certification prévue à l'article L. 6113-3 du code de la santé publique.

Les recommandations mentionnées au troisième alinéa sont également diffusées dans les établissements de santé publics ou privés participant au secteur public hospitalier.

La liste des références opposables est régulièrement actualisée par les parties conventionnelles dans les conditions prévues au présent article, en fonction notamment des données de la science.

A défaut d'actualisation, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, dans l'intérêt de la santé publique, après consultation de la Haute Autorité de santé ou de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans leur domaine de compétence respectif, demander aux parties à la convention concernée d'abroger une référence opposable dont le maintien en l'état n'est plus justifié ; en l'absence d'accord des parties, constaté deux mois après leur saisine, un arrêté des mêmes ministres peut procéder à cette abrogation.

Article L162-12-16

La ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5, ou, le cas échéant, le règlement mentionné à l'article L. 162-14-2, instituent un comité médical paritaire local composé pour moitié de représentants des caisses et pour moitié de représentants des organisations syndicales de médecins liées par convention avec des organismes d'assurance maladie. Ce comité est chargé notamment d'instruire les dossiers qui lui sont soumis concernant le respect des références mentionnées à l'article L. 162-5 ou, le cas échéant, des références figurant dans le règlement mentionné à l'article L. 162-14-2.

Le comité médical paritaire local entend le médecin mis en cause et se prononce par un vote dans un délai fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Sur la base des faits litigieux retenus par le comité médical paritaire local le service du contrôle médical propose à la caisse la sanction financière prévue par les conventions ou le règlement mentionnés au premier alinéa.

La décision prise par la caisse est exécutoire dès sa notification. Elle peut être contestée devant le tribunal administratif.

Les sanctions prononcées par les caisses ou les tribunaux en application du présent article sont transmises pour information à l'instance ordinaire dont relève le médecin.

Section 2.2 : Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins

Article L162-12-17

Un ou des accords de bon usage des soins peuvent être conclus, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions et l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2.

En l'absence de convention, ces accords peuvent être conclus, à l'échelon national, entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins un syndicat représentatif de chaque profession concernée.

Les accords nationaux prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les professionnels conventionnés ou les centres de santé adhérant à l'accord national peuvent percevoir, notamment sous forme de forfaits, une partie du montant des dépenses évitées par la mise en oeuvre de l'accord.

Cette partie est versée aux professionnels ou aux centres de santé concernés par l'action engagée, dans la limite, le cas échéant, d'un plafond, en fonction de critères définis par l'accord.

Les dispositions du précédent alinéa ne peuvent être mises en oeuvre que lorsque les résultats de ces actions ont été évalués dans les conditions prévues par l'accord et qu'ils établissent que les objectifs fixés ont été atteints.

Si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, ils ne peuvent être conclus qu'après avoir reçu l'avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis est rendu dans un délai maximum de deux mois à compter de la réception du texte par l'agence. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable.

Les accords nationaux entrent en vigueur à compter de leur publication.

Toutefois, pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces accords sont contraires aux objectifs qu'ils poursuivent, le ministre chargé de la santé peut en suspendre l'application. Cette décision est notifiée aux parties signataires.

Les accords nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et aux unions régionales des professionnels de santé.

Article L162-12-21

Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat

conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis des organisations syndicales signataires de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1 pour ce qui les concerne.

Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels. Le contrat peut faire l'objet d'avenants destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie.

Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé.

Le contrat type est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui peuvent s'y opposer dans un délai fixé par décret.

Ces ministres peuvent suspendre l'application des contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis.

Article L162-12-22

I.-Un contrat de coopération pour les soins visuels peut être conclu avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie, en vue d'inciter le médecin à recruter ou à former un orthoptiste.

Ce contrat, conclu pour une durée de trois ans non renouvelable, prévoit des engagements individualisés qui portent notamment sur l'augmentation du nombre de patients différents reçus en consultation, le respect des tarifs conventionnels et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des soins, notamment sur la formation, si celle-ci s'avère nécessaire, ou le recrutement d'un orthoptiste ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le médecin, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.

Ce contrat est conforme à un contrat type défini par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. A défaut d'accord avant le 1er septembre 2016, un contrat type est fixé par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Une évaluation du contrat de coopération pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre d'ophtalmologistes conventionnés l'ayant signé, sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur le respect des engagements prévus, est réalisée au plus tard durant le premier semestre 2018 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et transmise au Parlement ainsi qu'aux partenaires conventionnels.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération avec la profession d'orthoptiste.

II.-Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie peuvent conclure un contrat collectif pour les soins visuels avec les maisons de santé et les centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 en vue d'inciter au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures.

Le contrat collectif pour les soins visuels, d'une durée de trois ans, prévoit les engagements respectifs des parties, qui portent notamment sur le respect des tarifs conventionnels et l'organisation des soins.

Ce contrat est conforme à un contrat type fixé par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, des organisations représentatives des centres de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Les contreparties financières de ce contrat collectif ne peuvent excéder le maximum prévu par le contrat de coopération pour les soins visuels prévu au premier alinéa du I du présent article.

Une évaluation annuelle du contrat collectif pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part, sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement et aux partenaires conventionnels en vue de l'intégration de ce contrat dans la négociation, à compter du 1er janvier 2018, d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionné au II de l'article L. 162-14-1.

III.-Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent des contrats prévus au présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3.

Section 3 : Directeurs de laboratoires

Article L162-13

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1110-8 du code de la santé publique, le patient non hospitalisé a la liberté d'aller dans le laboratoire de biologie médicale de son choix.

Article L162-13-1

Le biologiste médical effectue les examens de biologie médicale en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions. Cette disposition s'applique également aux examens réalisés en application des dispositions de l'article L. 6211-8 et L. 6211-9 du code de la santé publique.

Article L162-13-2

Un examen de biologie médicale réalisé à la demande du patient ne fait pas l'objet d'un remboursement. Lorsque le biologiste médical effectue de tels examens, il informe le patient de leur caractère non remboursable et demande son accord pour les réaliser. Le biologiste médical mentionne ces examens non remboursables sur la feuille de soins. Il en va de même pour les examens prescrits et non remboursables.

Article L162-13-3

En cas de transmission d'un échantillon biologique dans les conditions mentionnées aux articles L. 6211-19 et L. 6211-20 du code de la santé publique, le laboratoire de biologie médicale qui a pris en charge le

prélèvement et transmis l'échantillon biologique mentionne sur sa propre feuille de soins la totalité des honoraires correspondant à l'ensemble des examens de biologie médicale réalisés.

Article L162-13-4

Aucun acte technique médical ni aucune consultation, à l'exception de ceux liés à l'exercice de la biologie médicale, ne peuvent être facturés au sein d'un laboratoire de biologie médicale.

Article L162-14

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire de biologie médicale et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales ;

2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les laboratoires des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention ;

2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;

3° (Abrogé) ;

4° (Abrogé)

5° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des directeurs de laboratoire de biologie médicale participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des directeurs de laboratoire de biologie médicale, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

6° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des analyses de biologie médicale ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des directeurs de laboratoire de biologie médicale.

La convention définit les exigences particulières sans motif médical des patients donnant lieu à dépassement des tarifs.

Section 3.1 : Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3

Article L162-14-1

I.-La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones définies à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, en application des articles L. 242-11 , L. 612-1,L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, le niveau de cette participation et les modalités

de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé est à jour du versement des cotisations et contributions sociales dues aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ou a souscrit et respecte un plan d'apurement accordé par eux dans des conditions fixées par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

II.-Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficacité des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.

Article L162-14-1-1

I. # Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 de la convention, de l'accord ou de l'avenant comportant cette mesure.

II. # Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale concernée. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante.

Article L162-14-2

I. - En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention ou d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionnés à l'article L. 162-14-1 ou d'opposition à la nouvelle convention ou à l'accord dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, un arbitre arrête un projet de convention ou d'accord dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé.

Le projet est soumis aux ministres pour approbation et publication, selon les règles prévues à l'article L. 162-15, sous la forme d'un règlement arbitral.

Les dispositions conventionnelles antérieures continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement.

Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, les partenaires conventionnels engagent des négociations en vue d'élaborer une nouvelle convention ou un nouvel accord au plus tard dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du règlement arbitral. Celui-ci cesse d'être applicable à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention ou d'un nouvel accord.

Les dispositions du présent article sont applicables à son renouvellement.

II. - L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés. A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation, formée dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article L. 162-15, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Article L162-14-3

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire peut participer à la négociation et à la conclusion d'un accord, d'une convention ou d'un avenant prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 165-6 et L. 322-5-1. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de son intention d'ouvrir une négociation. L'Union nationale des organismes d'assurance

maladie complémentaire fait part, dans un délai fixé par décret, de sa décision d'y participer. En ce cas, elle peut demander à être auditionnée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les accords, conventions ou avenants concernant des professions ou prestations, définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire, ne sont valides que s'ils sont également conclus par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

En cas de refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure un accord, une convention ou un avenant, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fait part aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un accord, d'une convention ou d'un avenant mentionnés au deuxième alinéa, elle ne peut alors leur transmettre l'accord, la convention ou l'avenant en vue de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 qu'après un délai minimal fixé par décret.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article.

Article L162-14-4

I.-Les conventions nationales mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 précisent, par un ou plusieurs contrats types nationaux, les modalités d'adaptation régionale des dispositifs définis au 4° du I de l'article L. 162-14-1 du présent code visant à favoriser l'installation des professionnels de santé ou des centres de santé en fonction des zones d'exercice déterminées en application de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique.

Elles peuvent prévoir, par les mêmes contrats types, des modalités d'adaptation régionale d'autres mesures conventionnelles, à l'exception de celles relatives aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du présent code et aux rémunérations de nature forfaitaire fixées par les conventions.

Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le respect des contrats types nationaux, les contrats types régionaux comportant les adaptations applicables dans la région.

II.-Chaque professionnel de santé ou centre de santé conventionné établi dans le ressort de l'agence peut signer un ou plusieurs contrats conformes à ces contrats types régionaux avec le directeur général de l'agence régionale de santé et un représentant des régimes d'assurance maladie désigné à cet effet par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En l'absence de désignation de son représentant par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ce dernier est désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III.-La participation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au financement de tout avantage financier prévu par ces contrats est prise en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L. O. 111-3.

Article L162-14-5

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent définir conjointement des lignes directrices préalablement aux négociations des accords, contrats et conventions prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1 et L. 322-5-2. Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prend en compte ces lignes directrices dans la définition des orientations mentionnées au 4° de l'article L. 182-2-3.

Sous-section 1 : Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants

Article L162-15

Les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et les accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers ou des pédicures-podologues est consulté par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à l'union et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître aux signataires, dans le délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte au principe d'un égal accès aux soins.

Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de l'accord-cadre, des accords conventionnels interprofessionnels, de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjoindre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsque l'accord-cadre, une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la publication.

L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés, dans chacun des deux collèges, lors des élections à l'union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins fait obstacle à sa mise en œuvre.

L'opposition formée à l'encontre d'une convention ou d'un accord prévu aux sections 2 et 3 du présent chapitre, de l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et des accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des professionnels de santé prévues à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique fait obstacle à sa mise en œuvre.

Pour les professions pour lesquelles, en application de l'article L. 4031-2 du même code, ne sont pas organisées d'élections aux unions régionales des professionnels de santé, l'opposition fait obstacle à la mise en œuvre de la convention ou de l'accord si elle est formée par une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national au sens de l'article L. 162-33 du présent code réunissant au moins le double des effectifs de professionnels représentés par les organisations syndicales signataires.

L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions et leurs avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française.

L'accord-cadre, les conventions nationales, leurs avenants, le règlement et les accords de bon usage des soins mentionnés à l'article L. 162-12-17 sont applicables :

1° Aux professionnels de santé qui s'installent en exercice libéral ou qui souhaitent adhérer à la convention pour la première fois s'ils en font la demande ;

2° Aux autres professionnels de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent plus être régis par ces dispositions.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention, l'avenant, l'accord-cadre ou l'accord interprofessionnel. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.

Article L162-15-1

La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un professionnel de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par la convention, lui permettant notamment de présenter ses observations ; elle ne fait pas obstacle à l'application éventuelle des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du présent livre.

En cas d'urgence, lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier, la caisse primaire d'assurance maladie peut décider de suspendre les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions et les modalités d'application du présent alinéa.

Article L162-15-2

En l'absence d'opposition à leur reconduction formée, dans des conditions prévues par voie réglementaire, par l'un au moins des signataires ou par un ou plusieurs syndicats représentatifs des professions concernées, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 sont renouvelés par tacite reconduction.

Les conventions, l'accord-cadre et les accords conventionnels interprofessionnels, arrivés à échéance ou résiliés, continuent de produire leurs effets jusqu'à la publication au Journal officiel des nouvelles conventions ou des nouveaux accord-cadre et accords conventionnels interprofessionnels ou du règlement arbitral qui les remplacent.

Lorsqu'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 est conclue et approuvée dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, la convention précédente est réputée caduque.

Sous-section 3 : Dispositions diverses

Article L162-15-4

Les réclamations concernant les relations d'un organisme local d'assurance maladie avec ses usagers sont reçues par une personne désignée par le directeur après avis du conseil au sein de cet organisme afin d'exercer la fonction de conciliateur pour le compte de celui-ci. Son intervention ne peut pas être demandée si une procédure a été engagée devant une juridiction compétente par l'usager la sollicitant. L'engagement d'une telle procédure met fin à la conciliation.

Un conciliateur commun à plusieurs organismes locaux d'assurance maladie peut être désigné conjointement par les directeurs des organismes concernés après avis de leurs conseils respectifs.

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques

Article L162-16

Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité décidé par le Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition conjointe des ministres concernés, qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité.

Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.

Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.

Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23, de l'article L. 5125-23-3 ou de l'article L. 5125-23-4 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait

entraînée la délivrance de la spécialité générique ou du médicament biologique similaire le plus cher du même groupe.

En cas d'inobservation des dispositions des cinquième et sixième alinéas, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux cinquième et sixième alinéas, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.

Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale.

Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite.

Les médicaments renouvelés par une infirmière ou un infirmier en application du quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.

Les médicaments dispensés par un pharmacien en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code.

Article L162-16-1

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'autre part.

La convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;

2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;

2° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;

3° (Abrogé) ;

4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;

5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ;

6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique ;

7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;

8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;

9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 et L. 5125-4 du code de la santé publique ;

10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La convention et ses avenants, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.

Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.

Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. A défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1er janvier de l'année suivante.

Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine.

Article L162-16-1-1

Pour les pharmacies mutualistes et les pharmacies de sociétés de secours minières, un arrêté précise, au vu de la convention mentionnée à l'article L. 162-16-1, notamment pour les dispositions prévues aux 2°, 4°, 5°, 7° et 8° de ce même article, celles qui leur sont rendues applicables ainsi que, le cas échéant, les conditions particulières auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre.

Article L162-16-1-2

Les médecins mentionnés à l'article L. 4211-3 du code de la santé publique peuvent facturer certains des honoraires mentionnés au 7° de l'article L. 162-16-1.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-16-2

Un bilan annuel relatif à l'application de la convention et à la situation économique des officines auxquelles s'applique ladite convention et en relation avec les prestations prises en charge par l'assurance maladie est établi par les parties signataires.

Article L162-16-3

I. - Les dispositions qui s'imposent aux pharmaciens titulaires d'officine au titre du deuxième alinéa de l'article L. 162-16-1 sont applicables à la personne qui remplace régulièrement le pharmacien titulaire de l'officine, pour la durée du remplacement, dans les conditions prévues à l'article L. 580 du code de la santé publique.

II. - Les dispositions qui s'imposent aux pharmaciens titulaires d'officine au titre de l'article L. 162-16-1 sont applicables aux pharmaciens assistants de l'officine.

Article L162-16-3-1

Selon des modalités déterminées en application des articles L. 162-16-1 et L. 161-34, les organismes d'assurance maladie peuvent s'engager, en cas de dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré, à effectuer le calcul des sommes dues aux pharmaciens titulaires d'officines sur la base des informations transmises par la carte de cet assuré. Toutefois, ce paiement ne peut être effectué lorsque la carte fait l'objet d'une inscription sur la liste d'opposition mentionnée à l'article L. 161-31.

Article L162-16-4

Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation.

Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.

Sont constatées et poursuivies, dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

Article L162-16-4-1

Le prix de vente au public des allergènes préparés spécialement pour un seul individu, définis à l'article L. 4211-6 du code de la santé publique et pris en charge par les organismes d'assurance maladie, est établi par convention entre la personne autorisée à les préparer et à les délivrer et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité.

La fixation de ce prix tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation du prix, ainsi que les règles selon lesquelles certains de ces allergènes peuvent être exclus de la prise en charge par l'assurance maladie.

Article L162-16-5

I.-Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par décision du Comité économique des produits de santé et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament, de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise la procédure, les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

II.-Lorsque le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement est inférieur au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, au prix de cession fixé en application du deuxième alinéa du I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I, le prix de cession facturable et servant de base au calcul de la participation de l'assuré est égal au prix d'achat majoré d'une fraction de la différence entre ces deux éléments, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, auquel s'ajoute la marge précitée.

Article L162-16-5-1

Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 déclare au comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. En l'absence de laboratoire exploitant, toute pharmacie à usage intérieur intéressée à l'achat de ce médicament déclare au comité le montant de l'indemnité qui lui est réclamée pour acquérir le produit si cette indemnité n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. Le comité rend publiques ces déclarations.

Le laboratoire exploitant la spécialité ou, à défaut, les pharmacies à usage intérieur qui se sont procuré ce produit informent annuellement le comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues.

Si le prix ou le tarif de remboursement fixé ultérieurement par le comité économique des produits de santé pour le médicament lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité. Le produit de cette remise est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8.

Article L162-16-5-2

I. # Un médicament qui, préalablement à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut, à compter de la date à laquelle l'autorisation temporaire d'utilisation cesse de produire ses effets, être acheté, fourni, pris en charge et utilisé au profit des patients par les collectivités publiques pour une indication répondant à l'une des situations suivantes :

1° L'indication a fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation et est mentionnée soit dans l'autorisation de mise sur le marché, soit dans une extension d'autorisation de mise sur le marché en cours d'évaluation par les autorités compétentes ;

2° L'indication n'a pas fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation, est mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché et soit il n'existe pas d'alternative thérapeutique prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale identifiée par la Haute Autorité de santé, soit le patient est en échec de traitement ou présente une contre-indication aux alternatives thérapeutiques prises en charge identifiées.

Par dérogation au premier alinéa du présent I, lorsque le traitement a été initié au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation soit mentionnée au 1° du I du même article L. 5121-12 dans une indication non reprise dans l'autorisation de mise sur le marché, soit mentionnée au 2° du même I, la prise en charge du médicament est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique.

II. # La prise en charge des indications mentionnées au 2° du I du présent article est autorisée sur avis conforme de la Haute Autorité de santé, saisie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

La saisine est transmise dans un délai de deux semaines à compter de l'avis du comité des médicaments à usage humain.

La Haute Autorité de santé mentionne, pour chaque indication concernée, les alternatives thérapeutiques prises en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-17-2-1 du présent code ou de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Elle transmet son avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'à l'agence et le rend public, au plus tard un mois après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché.

III. # La prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ait été prise et, le cas échéant, jusqu'à ce que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix ait été publié.

Le présent article cesse de s'appliquer si aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'a été déposée, pour le médicament considéré, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché.

Article L162-16-6

I.-Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est fixé par convention entre l'entreprise et le Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été rendu public. A défaut d'accord conventionnel au terme des délais mentionnés à la première phrase du présent alinéa, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le comité dans les quinze jours suivant le terme de ces mêmes délais. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif publié par le comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette publication. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique, de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique.

En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.

Un accord conclu entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise notamment les conditions dans lesquelles les tarifs peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

II.-Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article L162-16-7

Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.

Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa.

La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du présent code, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa.

Article L162-17

Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La demande d'inscription d'un médicament sur cette liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent, dans des conditions définies

par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.

Article L162-17-1

Ne peuvent être inscrites sur les listes prévues aux articles L. 162-17 du présent code et L. 618 du code de la santé publique les spécialités définies à l'article L. 601-6 du code de la santé publique dont le nom commercial ne serait pas constitué soit par la dénomination commune assortie d'une marque ou du nom du fabricant, soit par une dénomination de fantaisie suivie d'un suffixe spécifique identifiant la nature générique de la spécialité, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article L162-17-1-1

Les spécialités pharmaceutiques inscrites sur l'une des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont présentées sous des conditionnements appropriés au regard des indications thérapeutiques justifiant la prise en charge par l'assurance maladie, de la posologie et de la durée du traitement.

Article L162-17-2

L'inscription des médicaments sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 vaut inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 618 du code de la santé publique, en cas de demandes d'inscription simultanée sur les deux listes.

Article L162-17-2-1

Toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue au I de l'article L. 5121-21-1 du code de la santé publique, tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre de biens et de services remboursables lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. La spécialité, le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code. La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et le protocole de suivi mentionné au même article L. 5121-12-1, l'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues.

Les spécialités, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent, le cas échéant, être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation.

Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, il est pris en charge ou remboursé en application des dispositions des alinéas précédents dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge. Lorsque la spécialité a fait l'objet d'une préparation, d'une division ou d'un changement de conditionnement ou d'un changement de présentation en vue de sa délivrance au détail, le prix est fixé par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en tenant compte du prix ou du tarif de responsabilité en vigueur pour les indications remboursées, du coût lié à cette opération et de la posologie indiquée dans la recommandation temporaire d'utilisation.

Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, il est pris en charge ou remboursé dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, son produit est affecté selon les modalités prévues

à l'article L. 162-37. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-17-3

I.-Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé. Le comité contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1. Il met en oeuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale.

Ces orientations portent notamment sur les moyens propres à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article LO 111-3. En particulier, le comité applique ces orientations aux décisions qu'il prend en application des articles L. 162-16, L. 162-16-4 à L. 162-16-6 et L. 165-2 à L. 165-4.

Les prix de vente au public des médicaments, les tarifs et, le cas échéant, les prix des produits et prestations fixés par le comité sont publiés au Journal officiel de la République française.

Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre représentants de l'Etat, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Un décret précise la composition et les règles de fonctionnement du comité, notamment les conditions dans lesquelles assistent sans voix délibérative à ses séances d'autres représentants de l'Etat que ceux mentionnés à l'alinéa précédent ainsi qu'un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

II.-Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses de médicaments ainsi que des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.

III.-Le rapport d'activité établi par le comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement.

IV.-Les membres du comité ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, prendre part ni aux délibérations ni aux votes s'ils ont un intérêt direct ou indirect à l'affaire examinée. Les personnes collaborant aux travaux du comité ne peuvent, sous les mêmes peines, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect.

Les membres du comité et les personnes collaborant à ses travaux sont soumis aux dispositions de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique et du premier alinéa de l'article L. 4113-13 du même code.

Les membres du comité adressent au président de celui-ci, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans son champ de compétence, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs. Le président adresse la même déclaration à l'autorité compétente de l'Etat. Cette déclaration est rendue publique et est actualisée par ses auteurs à leur initiative.

Les ministres auprès desquels est placé le Comité économique des produits de santé désignent, dans les conditions définies au II de l'article L. 1451-4 du code de la santé publique, un déontologue chargé, pour le comité, de la mission définie au même II.

Article L162-17-4

En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :

1° Le prix ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;

2° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 138-13, L. 138-19-4, L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ;

3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;

4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ;

4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-épidémiologiques et des études médico-économiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309 / 93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments.

5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés aux 3° et 4°.

L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des entreprises titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament princeps sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.

Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4.

Lorsqu'un retrait de visa de publicité a été prononcé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet du retrait de visa de publicité durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait de visa.

Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait de visa de publicité et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.

En cas de manquement par une entreprise à un engagement souscrit en application du 4° bis, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise, au titre des spécialités objets de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

La pénalité, prononcée au titre d'un retrait de visa de publicité ou de la non-réalisation des études mentionnées au 4° bis est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.

Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-17-4-1

I. # Les conventions mentionnées à l'article L. 162-17-4 peuvent comporter l'engagement de l'entreprise ou du groupe d'entreprises de mettre en œuvre des moyens tendant à limiter l'usage constaté des médicaments en dehors des indications de leur autorisation de mise sur le marché lorsque cet usage ne correspond pas à des recommandations des autorités sanitaires compétentes.

Ces moyens consistent notamment en des actions d'information spécifiques mises en œuvre par l'entreprise ou le groupe d'entreprises en direction des prescripteurs.

II. # En cas de manquement d'une entreprise ou d'un groupe d'entreprises à un engagement souscrit en application du I, le comité économique des produits de santé peut prononcer, après qu'ils ont été mis en mesure de présenter leurs observations, une pénalité financière à l'encontre de cette entreprise ou de ce groupe d'entreprises. La pénalité est reconductible chaque année, dans les mêmes conditions, en cas de persistance du manquement.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise ou le groupe d'entreprises au titre du ou des médicaments objets de l'engagement souscrit durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles et délais de procédure ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-17-4-2

Le Comité économique des produits de santé peut conclure un accord cadre, d'une durée maximale de trois ans renouvelable, avec une ou plusieurs associations représentant les malades et les usagers du système de santé agréées au niveau national en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et une ou plusieurs associations de lutte contre les inégalités de santé. Cet accord a notamment pour objet de favoriser la concertation et les échanges d'informations concernant la fixation, dans le domaine de compétence du comité, des prix et des tarifs des produits de santé remboursables par la solidarité nationale.

L'accord peut être conclu entre le Comité économique des produits de santé et les associations mentionnées au premier alinéa du présent article ayant transmis au comité une demande de participation aux négociations en vue de sa signature. La demande est accompagnée d'un dossier présentant l'activité de l'association ainsi

que, le cas échéant, les liens de toute nature, directs ou indirects, qu'elle entretient avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence du comité, ainsi qu'avec les sociétés ou les organismes de conseil intervenant dans ce champ de compétence.

Les associations représentant les malades et les usagers du système de santé agréées au niveau national en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et les associations de lutte contre les inégalités de santé peuvent présenter une demande d'adhésion à un accord cadre en cours de validité ou une demande de participation aux négociations en vue du renouvellement de l'accord ; dans les deux cas l'association est tenue de produire le dossier mentionné au deuxième alinéa du présent article.

L'accord cadre détermine notamment :

1° Les conditions dans lesquelles les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et les associations de lutte contre les inégalités de santé sont auditionnées, à leur demande, par le Comité économique des produits de santé, sous réserve d'avoir déposé auprès du comité le dossier mentionné au deuxième alinéa du présent article ;

2° Les modalités selon lesquelles, en vue d'exercer leur droit d'audition, les associations mentionnées au 1° sont régulièrement informées des dates de réunion du comité et des sujets figurant à son ordre du jour ;

3° La composition et les modalités de fonctionnement d'un comité d'interface, réuni au moins deux fois par an, au cours duquel le président du Comité économique des produits de santé présente aux associations mentionnées au 1° un bilan de l'activité du comité. Cette présentation est suivie d'un débat ;

4° Les règles et délais applicables à la procédure d'adhésion à l'accord cadre et de renouvellement de celui-ci ;

5° Les modalités selon lesquelles les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et les associations de lutte contre les inégalités de santé respectent des obligations de réserve et de confidentialité au regard des informations qu'elles reçoivent dans le cadre de l'application du présent article.

Article L162-17-5

Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnés à l'article L. 162-22-7, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionné aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7, des produits et prestations concernés.

Les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser, sous forme de remise à l'assurance maladie, un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.

Article L162-17-6

L'entreprise qui exploite un médicament peut, lorsque ce médicament présente, par son amélioration du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, demander à bénéficier d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.

Un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat précise notamment les médicaments auxquels cette procédure est applicable, les modalités de mise en oeuvre et la nature des engagements que doit prendre l'entreprise.

Article L162-17-7

S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament n'a pas fourni, en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos.

Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations concernées, les règles et délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37.

Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Article L162-17-8

Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la promotion des spécialités pharmaceutiques par prospection ou démarchage est conclue entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises du médicament.

Elle vise, notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins. A cet effet, le Comité économique des produits de santé peut fixer des objectifs annuels chiffrés d'évolution de ces pratiques, le cas échéant pour certaines classes pharmaco-thérapeutiques ou pour certains produits.

Le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise qui n'a pas respecté les décisions du comité mentionnées au deuxième alinéa prises à son encontre. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés. La pénalité est déterminée en fonction de la gravité du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles et délais de procédure ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-18

Les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux peuvent s'engager collectivement par une convention nationale à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires de ces spécialités réalisé en France.

Elles peuvent s'engager individuellement par des conventions ayant le même objet.

Ces conventions, individuelles ou collectives, déterminent le taux de ces remises et les conditions auxquelles se trouve subordonné leur versement qui présente un caractère exceptionnel et temporaire. Elles peuvent notamment contribuer au respect d'objectifs relatifs aux dépenses de promotion des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Ces conventions sont conclues entre, d'une part, le comité visé à l'article L. 162-17-3, et, d'autre part, soit une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession, soit une entreprise. Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article L162-19

La Caisse nationale du régime social des indépendants et la caisse centrale de secours mutuels agricoles peuvent conclure conjointement avec la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés les conventions prévues à l'article L. 162-16.

Section 5 : Etablissements de santé

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article L162-20

Les assurés sociaux sont hospitalisés dans les établissements publics de santé aux tarifs fixés par l'autorité administrative compétente.

Article L162-21

L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements de santé de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux.

Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester auprès des services administratifs de son identité, à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa photographie.

Article L162-21-1

L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 dans les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 174-1.

Article L162-21-2

Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un conseil de l'hospitalisation. Ce conseil contribue à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

Les décisions relatives au financement des établissements de santé, à la détermination des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation, notamment celles portant sur les éléments mentionnés aux articles L. 162-22-3, L. 162-22-10 et L. 162-22-13, sont prises sur la recommandation de ce conseil.

Lorsque la décision prise est différente de la recommandation du conseil, elle est motivée. En cas de carence du conseil, les ministres compétents l'informent de la décision prise et le conseil donne un avis sur la décision.

Le conseil est également informé des orientations de la politique salariale et statutaire et des conséquences financières de chaque projet d'accord ou de protocole d'accord destiné à être conclu entre l'Etat et les organisations syndicales.

Le conseil consulte les fédérations nationales représentatives des établissements de santé sur les dossiers dont il a la charge. Il peut commander des études à des organismes extérieurs.

La composition, les modalités de représentation des organismes nationaux d'assurance maladie et les règles de fonctionnement du conseil sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article L162-21-3

Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

L'observatoire est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.

Afin de remplir ses missions, l'observatoire est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés.

Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en oeuvre de la procédure prévue au II bis des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10.

L'observatoire est composé :

1° De représentants des services de l'Etat ;

2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ;

3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement de l'observatoire sont définies par décret.

Article L162-22

Un décret en Conseil d'Etat détermine, parmi les soins définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique qui sont dispensés dans les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du même code :

1° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6 ;

2° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;

3° Les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 174-5.

Sous-section 2 : Frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs journaliers propres à certains établissements de santé privés

Article L162-22-1

Pour les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation, sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de détermination par l'agence régionale de santé des tarifs des prestations des établissements nouvellement créés ou issus d'un regroupement entre établissements ainsi que des tarifs des prestations correspondant à des activités nouvellement autorisées ou reconnues au sein d'un établissement ;

4° Les méthodes permettant de calculer le montant des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ;

5° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Article L162-22-2

I.-Chaque année est défini un objectif quantifié national relatif aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre de ces activités au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie et tient compte notamment des créations et fermetures d'établissements. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

II.-Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet, notamment, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours.

Article L162-22-2-1

I.-Lors de la détermination annuelle de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, une part de son montant peut être affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation mise en réserve, de manière à concourir au respect de l'objectif national de

dépenses d'assurance maladie. Cette part peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.

II.-Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 tout ou partie de la dotation mise en réserve en application du I du présent article, en fonction des montants versés par l'assurance maladie à chacun de ces établissements au titre de l'année pour laquelle l'objectif a été fixé.

La part de la dotation ainsi versée peut être différenciée selon les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-1.

III.-Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-22-3

I.-Chaque année, l'Etat détermine :

1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2 et au I de l'article L. 162-22-2-1. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;

2° Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales ;

3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1.

II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de santé, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, par établissement et par nature d'activité.

II bis.-Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2.

III.-Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article L162-22-4

Chaque année, l'Etat détermine, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-3, les règles générales de modulation des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 des établissements de la région, en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 à L. 6113-9 du code de la santé publique.L'Etat détermine, en outre, compte tenu des objectifs du schéma d'organisation des soins et des orientations du conseil régional de santé, les critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à

certaines établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3.

Article L162-22-5

I.-Les tarifs des prestations afférents aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mars de l'année en cours.

II.-L'Etat fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6.

Ces tarifs sont établis en prenant en compte les effets de la constitution de la dotation mise en réserve en application du I de l'article L. 162-22-2-1.

Sous-section 3 : Frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs nationaux

Article L162-22-6

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements suivants :

- a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;
- b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XX de l'article 1er de cette loi ;
- c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XXI de l'article 1er de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée ;
- d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;
- e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

Ce décret précise :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en oeuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Article L162-22-7

I. - L'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6.

Bénéficient d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et l'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.

Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés.

II. - Lorsque l'agence régionale de santé constate, notamment sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au I, au sein d'un établissement de santé, des prescriptions non conformes aux référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, elle peut conclure un avenant annuel au contrat mentionné au même I comportant les mesures nécessaires à l'amélioration et à une plus grande efficacité des pratiques de prescription de cet établissement pour les produits concernés.

En cas de refus de l'établissement de signer l'avenant mentionné au premier alinéa du présent II ou en cas de non-respect manifeste de ces dispositions, l'agence régionale de santé peut, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations et en tenant compte des manquements constatés, prononcer la réduction du remboursement de 10 % de la part prise en charge par l'assurance maladie pour une durée d'un an. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant du I, dans la limite maximale de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret.

Article L162-22-7-1

Le Comité économique des produits de santé peut fixer pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7. Les entreprises peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire.

Article L162-22-7-2

Les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicables aux prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 répondant aux conditions définies au deuxième alinéa du présent article sont minorés d'un montant forfaitaire, lorsque au moins une spécialité pharmaceutique mentionnée à l'article L. 162-22-7 est facturée en sus de cette prestation. Ce montant forfaitaire est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La minoration forfaitaire s'applique aux prestations d'hospitalisation pour lesquelles la fréquence de prescription de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa du I du même article L. 162-22-7 est au moins égale à 25 % de l'activité afférente à ces prestations et lorsque ces spécialités pharmaceutiques représentent au moins 15 % des dépenses totales afférentes aux spécialités inscrites sur cette même liste.

La liste des prestations d'hospitalisation concernées est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le montant de la minoration ne peut en aucun cas être facturé aux patients.

Article L162-22-8

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, certaines activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 et qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants, quel que soit le volume d'activité réalisé, peuvent bénéficier d'un forfait annuel ou d'un financement conjoint sous la forme de tarifs de

prestations d'hospitalisation et d'un forfait annuel versé, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-15. La liste de ces activités est fixée par décret.

Article L162-22-8-1

Lorsqu'elles répondent à des critères d'isolement géographique, les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par des établissements de santé situés dans des zones à faible densité de population peuvent être financées selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10, sous réserve que les prestations d'hospitalisation assurées par ces établissements et la situation financière de ceux-ci le justifient. Un décret en Conseil d'Etat détermine ces modalités dérogatoires de financement, les critères permettant de caractériser l'isolement géographique des activités concernées ainsi que les critères d'éligibilité des établissements de santé tenant, d'une part, à la densité de population des zones dans lesquelles ils sont situés et, d'autre part, aux prestations qu'ils assurent et à leur situation financière.

La liste des établissements exerçant des activités auxquelles s'appliquent les modalités de financement définies au premier alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition, pour chaque région, du directeur général de l'agence régionale de santé.

Article L162-22-8-2

Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du présent code, les activités de médecine exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du présent code et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-22-9

I.-Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cet objectif prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

II.-Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 4° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent

également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.

Article L162-22-9-1

I.-Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.

II.-Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'Etat peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-22-9-2

L'Etat peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volume d'activité.

Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation ou d'un ensemble de prestations d'hospitalisation d'un établissement de santé soumis aux dispositions du premier alinéa du présent article est supérieur au seuil fixé en application du même alinéa, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicables à la prestation ou à l'ensemble de prestations concernés sont minorés pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils, les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs ainsi que les conditions de mise en œuvre des minorations après constatation du dépassement des seuils. La mesure de l'activité tient compte des situations de création ou de regroupement d'activités.

Article L162-22-10

I. - Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels

facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 ;

5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9-2.

Les éléments mentionnés aux 1°, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés aux 2° et 5° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.

II. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.

II bis. - Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations.

III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

IV. - Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.

Article L162-22-11

Dans les établissements mentionnés aux a à c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du même I, servent de base à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du présent code et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article L162-22-11-1

Pour la prise en charge, dans le cadre des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents en application des articles L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont basés, selon un mode de calcul fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale, sur :

1° Une fraction, au moins égale à 80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du présent code ;

2° Pour les établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, une fraction au plus égale à 20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ;

3° Un coefficient permettant la prise en compte des spécificités liées à l'accueil et à la prise en charge de ces patients.

La facturation de la prise en charge de ces patients tient également compte :

a) Des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;

b) Du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4.

Article L162-22-12

L'Etat arrête le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 de chaque établissement.

Article L162-22-13

Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code, à ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de constitution de groupements hospitaliers de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en oeuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas.

L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

Article L162-22-14

Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement, ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13.

Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-22-15.

Article L162-22-15

Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, d'une part, et aux établissements mentionnés au d du même article, d'autre part, dans les conditions fixées par voie réglementaire, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.

Article L162-22-16

La part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 174-1.

Article L162-22-17

Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine

les modalités de contrôle, par les agences régionales de santé, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements.

Article L162-22-18

Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence. Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical. La motivation de la sanction indique, si tel est le cas, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. La sanction est notifiée à l'établissement.

Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues et du caractère réitéré des manquements. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Les établissements qui font obstacle à la préparation et à la réalisation du contrôle sont passibles d'une sanction dont le montant ne peut excéder la limite fixée au troisième alinéa.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L162-22-19

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur :

1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;

2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations

régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;

3° Abrogé.

Article L162-22-20

Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 bénéficient d'une dotation complémentaire lorsqu'ils satisfont aux critères liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés chaque année par établissement.

Un décret en Conseil d'Etat précise les critères d'appréciation retenus ainsi que les modalités de détermination de la dotation complémentaire. La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul par établissement sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Sous-section 4 : Dispositions diverses

Article L162-24-1

La tarification des prestations supportées par l'assurance maladie et délivrées par les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles est fixée dans les conditions prévues à l'article L. 314-1 du même code.

Les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale sont compétents en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les décisions de l'autorité susmentionnée.

Article L162-24-2

L'action des établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pour le paiement, par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code, des prestations et soins médicaux à la charge de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse, ou par trois mois à compter du premier jour du mois suivant celui où la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles a été notifiée à l'établissement si cela conduit à appliquer une échéance plus tardive.

Cette prescription est également applicable à l'action intentée par l'organisme payeur en recouvrement des prestations indûment supportées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration, à compter de la date de paiement des sommes indues.

Les modalités de reversement des sommes payées par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code aux différents organismes d'assurance maladie ainsi que des sommes recouvrées par la caisse en application du deuxième alinéa du présent article sont fixées par décret.

La commission de recours amiable de la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause.

Article L162-25

Par dérogation à l'article L. 160-11, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte.

Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1er janvier 2012.

Article L162-26

Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1.

Un arrêté fixe le montant de la majoration appliquée aux patients âgés de plus de seize ans qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier. Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins. Elle ne s'applique pas aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

Article L162-26-1

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, les honoraires liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.

Article L162-27

Les spécialités pharmaceutiques classées par leur autorisation de mise sur le marché dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrées dans un environnement hospitalier

peuvent être directement fournies par la pharmacie à usage intérieur en vue de leur administration au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un établissement de santé.

Dans ce cas, ces spécialités font l'objet d'une prise en charge, en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 ou des actes et consultations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26, sur la base des tarifs définis aux alinéas suivants du présent article. Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture, majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, elles bénéficient d'un remboursement sur facture de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6.

Lorsque ces spécialités ne sont pas inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, le Comité économique des produits de santé fixe un tarif de prise en charge des spécialités selon la procédure mentionnée au I de l'article L. 162-16-6. Toutefois, dans ce cas, la décision du comité mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 intervient au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours suivant, soit l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit, pour les médicaments déjà inscrits sur cette liste, la notification de la décision prévoyant leur classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière mentionnée au premier alinéa du présent article.

Article L162-28

Les caisses peuvent conclure des contrats avec les mutuelles ou unions régies par le livre III du code de la mutualité, en vue d'offrir aux assurés sociaux les services proposés par les réalisations sanitaires et sociales créées par ces organismes mutualistes.

Les tarifs d'hospitalisation fixés par ces contrats sont soumis à l'homologation dans les conditions prévues aux articles L. 162-22, L. 162-23 et L. 162-24.

Article L162-29

Les établissements publics de santé et les établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier sont tenus de permettre aux organismes d'assurance maladie d'exercer leur contrôle en vertu de l'article L. 162-30 sur les assurés hospitalisés et sur l'activité des services dans les conditions définies par un décret en Conseil d'Etat qui fixe notamment la teneur, la périodicité et les délais de production des informations qui doivent être adressées à cette fin aux organismes d'assurance maladie.

Article L162-29-1

Les établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier sont tenus de fournir aux organismes d'assurance maladie les informations nécessaires au contrôle de l'activité des services.

Ces informations peuvent être recueillies sur pièces et sur place.

Un décret en Conseil d'Etat fixe notamment la teneur, la périodicité et les délais de production des informations qui doivent être adressées à cette fin aux organismes d'assurance maladie ainsi que les catégories d'agents de ces organismes qui ont qualité pour recueillir ces informations sur place.

Article L162-30

Les établissements publics de santé ou privés sont tenus d'aviser la caisse primaire intéressée, dans un délai lui permettant d'assurer son contrôle, si le séjour du malade paraît devoir être prolongé au-delà d'un délai déterminé, sauf s'il s'agit d'un malade mentionné aux 3° et 4° de l'article L. 322-3.

En cas de carence de l'établissement, la caisse d'assurance maladie est fondée à refuser le remboursement de tout ou partie des éléments constituant les frais d'hospitalisation correspondant au séjour au-delà du délai prévu à l'alinéa précédent. L'établissement hospitalier ne peut alors réclamer à l'assuré le paiement de la partie des frais non remboursés.

Les frais de séjour sont supportés par l'établissement sur ses ressources propres.

Article L162-30-1

Conformément aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 710-2 du code de la santé publique, les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations médicales visées audit article lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Article L162-30-2

I.-Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6.

II.-L'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel de prescription, par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6, des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et appartenant au répertoire des groupes génériques mentionné au b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

Ce taux est arrêté sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, sur la base de l'analyse de l'évolution nationale annuelle du nombre d'unités de conditionnement de ces médicaments rapporté au nombre d'unités de conditionnement des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6.

III.-Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle ou que le taux de prescription des médicaments mentionnés au II du présent article affiche une valeur inférieure au taux prévisionnel mentionné au même II, non justifiée au regard de l'activité ou de la patientèle de l'établissement, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et les produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment, en fonction du ou des manquements constatés aux objectifs respectivement définis au I et au II :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, de l'établissement, corrélée à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux d'évolution des dépenses de médicaments fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

1° bis Un objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 et appartenant au répertoire des groupes génériques, résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, corrélé à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux prévisionnel mentionné au II du présent article ;

2° Et, dans tous les cas, un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste.

IV.-En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas atteint son objectif mentionné au 1° bis du III du présent article, l'agence régionale de santé peut enjoindre

à l'établissement, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses correspondant à l'écart entre le taux réalisé de prescription, par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, de médicaments mentionnés au II et l'objectif de progression du volume de prescription desdits médicaments prévu au contrat.

Le cas échéant, les montants des versements définis aux deuxième et troisième alinéas du présent IV peuvent se cumuler, dans la limite définie au premier alinéa.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses mentionnées au I ou par rapport à l'objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au II, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

Article L162-30-3

I.-Les établissements de santé qui exercent les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'agence régionale de santé un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.

La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité des soins est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, au moyen d'indicateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge.

Le contrat d'amélioration des pratiques est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique. Il est conforme à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II.-Chaque année, en cas d'écarts par rapport aux engagements contractuels, l'établissement est mis en mesure de présenter ses observations. En cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité versée à l'organisme local d'assurance maladie et correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits.

En cas de refus par un établissement de santé de signer un contrat, l'agence régionale de santé peut prononcer, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits reçus par l'établissement de santé de la part des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

III.-Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article, notamment la procédure applicable, la nature des risques faisant l'objet du contrat d'amélioration des pratiques et mentionnés au troisième alinéa du I, la durée maximale du contrat et les modalités de calcul des pénalités mentionnées au II.

Article L162-30-4

I.-L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article L. 182-2-1-1.

Le plan d'actions précise également les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable définie à l'article L. 162-1-17. Ces critères tiennent compte notamment des référentiels établis par la Haute Autorité de santé et des écarts constatés entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales observées pour une activité comparable. Ces critères tiennent compte de la situation des établissements au regard des moyennes régionales ou nationales de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ou au regard des moyennes de prescription de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation.

Le plan d'actions défini au présent I est intégré au programme pluriannuel régional de gestion du risque mentionné à l'article L. 1434-14 du code de la santé publique.

II.-Le directeur de l'agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé identifiés dans le cadre du plan d'actions défini au I du présent article et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la pertinence des soins, d'une durée maximale de deux ans.

Ce contrat comporte des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins.

Il comporte, en outre, des objectifs quantitatifs lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'une des constatations suivantes :

1° Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;

2° Soit une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

La réalisation des objectifs fixés au contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation de ces objectifs, le directeur de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, engager la procédure de mise sous accord préalable mentionnée à l'article L. 162-1-17 au titre du champ d'activité concerné par les manquements constatés ou prononcer une sanction pécuniaire, correspondant au versement à l'organisme local d'assurance maladie d'une fraction des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité concernée par ces manquements. Lorsque les manquements constatés portent sur des prescriptions, la pénalité correspond à une fraction du montant des dépenses imputables à ces prescriptions. Le montant de la pénalité est proportionné à l'ampleur des écarts constatés et ne peut dépasser 1 % des produits versés par les régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

En cas de refus par un établissement de santé d'adhérer à ce contrat, le directeur de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

III.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles est évaluée la réalisation des objectifs fixés au contrat d'amélioration de la pertinence des soins.

Section 6 : Actions expérimentales

Article L162-31

Lorsque les actions expérimentales de caractère médical et social sont menées par des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé, faisant l'objet, à cette fin, d'un agrément, par l'autorité administrative, les dépenses prises en charge au titre du 1° de l'article L. 160-8, de l'article L. 160-9 et du 1° de l'article L. 431-1 peuvent faire l'objet d'un règlement forfaitaire par les caisses d'assurance maladie.

Les modalités de règlement font l'objet de conventions soumises à l'approbation de l'autorité administrative et passées entre les organismes d'assurance maladie et les personnes en cause.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article ainsi que les modalités d'évaluation de ces actions, en relation, notamment, avec les élus locaux, les organismes d'assurance maladie et les professions de santé.

Article L162-31-1

I.-Des expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins peuvent être mises en œuvre, pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques. Ces projets pilotes concernent soit un nombre restreint de pathologies, dont la liste est fixée par le décret en Conseil d'Etat mentionné au deuxième alinéa, soit un nombre restreint de régions dans lesquelles ils sont mis en œuvre.

L'objet, le champ et la durée des expérimentations sont précisés par décret en Conseil d'Etat.

Le contenu des projets pilotes et leur périmètre territorial sont définis par un cahier des charges national arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et, le cas échéant, décliné, en fonction des spécificités locales, par les agences régionales de santé.

Les expérimentations sont mises en œuvre par le biais de conventions signées entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.

II.-Pour la mise en œuvre des projets pilotes prévus au I, il peut être dérogé :

1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-22-10, L. 162-22-13, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° A l'article L. 162-2, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

3° Aux 1°, 2°, 5° et 6° de l'article L. 160-8, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

4° Aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations ;

5° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

6° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du même code, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 dudit code.

Les modalités de financement dérogatoire par l'assurance maladie dans le cadre de ces expérimentations sont définies dans le cadre des conventions mentionnées au I.

III.-Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge dans le cadre des expérimentations. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée dans le cadre de l'expérimentation.

IV.-Les agences régionales de santé réalisent une évaluation annuelle des expérimentations mises en œuvre dans le cadre des projets pilotes, transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un bilan des expérimentations en cours et lui présente, au plus tard un an après la fin de chaque expérimentation, un rapport d'évaluation portant sur l'opportunité de leur généralisation.

Pour la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation des expérimentations prévues au présent article, les médecins désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé et les personnels placés sous leur responsabilité ont accès aux données individuelles non nominatives contenues dans le système d'information prévu à l'article L. 161-28-1.

Section 7 : Centres de santé

Article L162-32

Les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient

et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre.

Lorsque le personnel des centres de soins infirmiers est affilié aux assurances sociales agricoles, la partie des cotisations d'assurance maladie versées en application de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité sociale agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.

Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

Article L162-32-1

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

Cet accord détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;
- 2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1,2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé ; ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions. Ces conditions prévoient que les modes de rémunération définis par ces conventions, autres que le paiement à l'acte, font l'objet, au plus tard six mois après la conclusion de ces conventions ou d'avenants à ces conventions, d'un examen dans les conditions prévues par l'accord en vue de leur intégration au sein de celui-ci, conformément au premier alinéa de l'article L. 162-32-2 ;
- 3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé ;
- 4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;
- 5° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- 6° Les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment pour ce qui concerne la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge. Les centres s'engagent dans ce cadre à réaliser un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations qu'ils dispensent ;
- 6° bis Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ;

7° (Abrogé) ;

8° Le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles ces centres bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour les conduire à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans ces zones. Les obligations auxquelles sont soumis les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les agences régionales de santé après consultation des organisations représentatives des centres de santé mentionnées au premier alinéa du présent article pour tenir compte de la situation régionale ;

9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci.

Article L162-32-2

L'accord national, ses annexes et avenants sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.

L'opposition formée, dans des conditions prévues par décret, à l'encontre d'un accord national par au moins la moitié des organisations représentatives des centres de soins infirmiers ou au moins la moitié des organisations représentatives des centres de santé médicaux, dentaires et polyvalents fait obstacle à sa mise en œuvre.

L'accord national, ses annexes, ses avenants et le règlement arbitral sont applicables aux centres de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent pas être régis par ces dispositions.

En l'absence d'opposition à sa reconduction formée, dans les conditions réglementaires prévues à l'article L. 162-15-2, par l'un au moins des signataires ou par une ou plusieurs organisations représentatives des centres de santé, l'accord national est renouvelé par tacite reconduction.

L'accord national arrivé à échéance ou résilié continue de produire ses effets jusqu'à la publication au Journal officiel du nouvel accord national ou du règlement arbitral qui le remplace.

Lorsqu'un accord est conclu et approuvé dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, l'accord précédent est réputé caduc.

En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration de l'accord national ou d'opposition au nouvel accord national ou à l'issue d'un délai de six mois à compter du début des négociations, un arbitre arrête un projet d'accord dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé et dans les conditions prévues aux quatre derniers alinéas du I de l'article L. 162-14-2.

L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation représentative des centres de santé. A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation par la majorité des organisations représentatives des centres de santé, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

A défaut d'accord national, les tarifs applicables aux centres de santé sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1,2 et 3 du présent chapitre. Ces dispositions sont également applicables aux centres de santé qui n'ont pas adhéré à l'accord national.

Article L162-32-3

La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un centre de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par l'accord national ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par cet accord et permettre au centre de présenter ses observations ; elle ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du livre Ier.

Lorsqu'un centre de santé est placé hors de la convention par la caisse primaire d'assurance maladie, les tarifs qui lui sont applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre.

Section 8 : Dispositions diverses

Article L162-33

Sont habilitées à participer aux négociations des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les conditions sont fixées par décret en Conseil d'Etat et tiennent compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience.

Article L162-34

Les litiges pouvant survenir à l'occasion de la décision d'une caisse primaire d'assurance maladie de placer un professionnel hors de l'une des conventions ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement, mentionnés aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, sont de la compétence des tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Article L162-35

Tout chirurgien-dentiste, toute sage-femme, tout auxiliaire médical conventionné ou ayant donné son adhésion personnelle à une convention type ou tout médecin conventionné qui demande à un assuré social des tarifs supérieurs à ceux résultant du tarif fixé conformément aux dispositions du présent chapitre, peut, à la requête d'un assuré ou d'un service ou organisme de sécurité sociale, être invité à justifier des motifs de ce dépassement.

Ces justifications sont soumises à une commission.

Article L162-36

Toute pharmacie, quel qu'en soit le statut, et, d'une manière générale, toute personne physique ou morale délivrant des produits ou articles donnant lieu à remboursement au titre de l'assurance maladie ou maternité est tenue de mentionner sur les feuilles de maladie ou les documents en tenant lieu, ainsi que sur les ordonnances médicales correspondantes, le montant de la somme effectivement payée par l'assuré pour l'achat de chacun des produits ou articles délivrés en mentionnant, le cas échéant, le montant ou le taux de la réduction accordée.

A défaut de ces indications, aucun remboursement n'est effectué par l'organisme de sécurité sociale.

Article L162-37

Le montant des remises prévues aux articles L. 162-18 et L. 165-4 est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article L162-38

Sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, peuvent fixer par décision les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette fixation tient compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés.

Les dispositions du titre V du livre IV du code de commerce sont applicables aux infractions à ces décisions.

Section 9 : Etablissements thermaux

Article L162-39

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les établissements thermaux sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations nationales les plus représentatives des établissements thermaux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des établissements thermaux ;

2° Les mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux ;

3° Les tarifs forfaitaires de responsabilité des soins thermaux pris en charge ; le prix limite de facturation des soins thermaux par forfait, tenant compte des facteurs de coûts d'exploitation ;

4° Les mesures prévues en cas de manquement des établissements aux obligations de la convention, ainsi que la procédure permettant à ces établissements de présenter leurs observations.

Article L162-40

Les établissements thermaux doivent proposer aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé, prévue à l'article L. 861-3, et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, mentionnée à l'article L. 863-2, les soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité mentionnés au 3° de l'article L. 162-39.

Article L162-41

La convention, ses annexes et avenants sont approuvés, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, selon les dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 162-15 et entrent en vigueur à compter de leur publication au Journal officiel.

Les dispositions de l'article L. 162-15-2 s'appliquent à la convention mentionnée à l'article L. 162-39 pour ce qui la concerne.

La convention est applicable aux établissements thermaux autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux qui font connaître à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans un délai fixé par cette convention, qu'ils souhaitent y adhérer.

Les soins dispensés dans les établissements thermaux qui n'ont pas adhéré à la convention ne donnent pas lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut décider de placer un établissement thermal hors de la convention, pour violation des engagements prévus par celle-ci ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par la convention, lui permettant notamment de présenter ses observations. Les litiges survenant à l'occasion de la mise hors convention d'un établissement sont de la compétence de la juridiction administrative.

Article L162-42

Les dispositions du I de l'article L. 162-14-2 s'appliquent à la convention mentionnée à l'article L. 162-39 pour ce qui la concerne.

L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation nationale représentative des établissements thermaux. A défaut, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Section 10 : Organisation des soins

Sous-section 1 : Réseaux

Article L162-45

Les agences régionales de santé peuvent prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.

En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;

2° Articles L. 160-8 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Article L. 160-14 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Article L162-46

Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en oeuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements.

Sous-section 2 : Coordination des soins

Article L162-47

Une mission régionale de santé constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique et du schéma d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Des zones de recours aux soins ambulatoires qui sont déterminées en fonction de critères démographiques, géographiques, d'activité économique et d'existence d'infra-structures de transports. S'agissant des médecins, des zones différenciées sont définies pour les médecins généralistes ou spécialistes et, le cas échéant, selon qu'ils disposent ou non de l'autorisation de pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. La décision délimitant ces zones est soumise à l'approbation du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Après avis du conseil régional, des conseils généraux et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés, la mission régionale de santé classe ces zones en fonction de la densité de professionnels. La classification par densité est déterminée en fonction de critères définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La classification des zones est révisée tous les cinq ans ;

3° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique ;

4° Le programme annuel des actions, y compris expérimentales, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine ;

5° Le programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. Ce programme intègre la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de santé et l'évaluation de leur respect ;

6° Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement des centres de santé et des maisons de santé, complétant ou se substituant au paiement à l'acte pour tous les professionnels de santé volontaires, ainsi que les expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins, selon des modalités définies par décret.

Cette mission est dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

Les orientations visées au 1° et les propositions citées au 2° sont soumises à l'avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique.

Chaque année, la mission soumet les projets de programme mentionnés au 3° et au 4° à l'avis de la conférence régionale de santé. Elle lui rend compte annuellement de la mise en oeuvre de ces programmes.

La conférence régionale de santé tient la mission informée de ses travaux.

La mission apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en oeuvre par le groupement régional de santé publique prévu à l'article L. 1411-14 du code de la santé publique.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 4 : Produits d'origine humaine

Article L164-1

Les frais occasionnés par le prélèvement et le conditionnement des produits et organes d'origine humaine sont remboursés par les caisses lorsqu'un tarif de responsabilité a été fixé par arrêté interministériel.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 5 : Dispositifs médicaux à usage individuel

Section 1 : Dispositions générales relatives aux fournitures et appareils pris en charge au titre des prestations sanitaires

Sous-section 1 : Conditions de prise en charge

Article L165-1

Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.

L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa des produits répondant pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières peut être subordonnée au dépôt auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, par les fabricants, leurs mandataires ou distributeurs, d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques des descriptions génériques concernées. L'inscription de ces produits sur la liste prend la forme d'une description générique renforcée permettant leur identification individuelle. La déclaration de conformité est établie par un organisme compétent désigné à cet effet par l'agence précitée.

La liste des descriptions génériques renforcées mentionnées au deuxième alinéa est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, selon une procédure et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat, compte tenu de l'intérêt pour la santé publique que présentent les produits relevant de ces descriptions ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie.

Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.

Article L165-1-1

Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique. Cette prise en charge relève de l'assurance maladie. Le caractère innovant est notamment apprécié par son degré de nouveauté, son niveau de diffusion et de caractérisation des risques pour le patient et sa capacité potentielle à répondre significativement à un besoin médical pertinent ou à réduire significativement les dépenses de santé. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé. L'arrêté fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation, la liste des établissements de santé, des centres de santé et maisons de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait, et détermine les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu, ainsi que les modalités d'allocation du forfait. Cet arrêté peut préciser leurs modalités d'identification dans les systèmes d'information hospitaliers. Le forfait inclut la prise en charge de l'acte et, le cas échéant, la prise en charge des frais d'hospitalisation, du produit de santé ou de la prestation associés. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2, les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.

Les critères d'éligibilité et la procédure d'accès ainsi que les modalités de la prise en charge forfaitaire prévue au présent article sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-1-2

I. # Pour les produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et relevant de son champ de compétence, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut effectuer ou faire effectuer par des organismes compétents un contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription sur la liste est subordonnée. Les fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs sont tenus de compenser la perte financière subie par l'acheteur des produits qui sont saisis par l'agence dans le cadre de ses contrôles.

II. # Lorsqu'elle constate qu'une spécification technique requise pour l'inscription du produit mentionné au I du présent article sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 n'est pas respectée et après qu'elle a mis l'entreprise concernée en mesure de présenter ses observations, l'agence adresse au fabricant ou à son

mandataire ou au distributeur un courrier lui notifiant les manquements retenus à son encontre ainsi que les pénalités encourues.

Une copie de ce courrier est adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au Comité économique des produits de santé et au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le comité peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

III. # Lorsqu'un manquement retenu par l'agence en application du II a entraîné un remboursement indu par l'assurance maladie, les organismes nationaux des régimes obligatoires d'assurance maladie engagent, par subrogation aux organismes locaux d'assurance maladie concernés, la procédure de recouvrement de l'indu prévue à l'article L. 133-4 à l'encontre du fabricant ou de son mandataire ou du distributeur du produit concerné. Les directeurs des organismes nationaux exercent, dans les mêmes conditions, les pouvoirs que les directeurs des organismes locaux tirent des dispositions de l'avant-dernier alinéa de ce même article L. 133-4.

IV. # Si le manquement retenu par l'agence en application du II a rendu nécessaire la dispensation d'actes de soins, de prestations ou de produits de santé à un assuré, le professionnel ou l'établissement de santé qui a connaissance de ce manquement et a accompli cette dispensation en informe, dans le respect du secret médical, l'organisme local d'assurance maladie auquel l'assuré est affilié.

V. # Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de réalisation des contrôles prévus au I, les règles et délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au II, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-2

Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique ou par description générique renforcée sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

La publication du tarif des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 intervient au plus tard dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande d'inscription de l'entreprise sur la liste mentionnée au même article L. 162-22-7 ou, en cas d'inscription sur cette même liste à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter du jour où l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 a été rendu public.

Article L165-3

Le Comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique ou par description générique renforcée, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé.

Article L165-3-1

Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre de la personne ayant facturé l'un des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 le non-respect du prix fixé dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3, le directeur de cet organisme adresse à la personne une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. La personne a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, notamment lorsque la décision mentionnée à l'article L. 165-3 a prévu des possibilités de dépassement. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.

En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé. Il adresse à la personne ayant facturé le produit ou la prestation une mise en demeure de lui rembourser cette somme.

En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre de la personne ayant facturé le produit ou la prestation, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est exécutoire à compter de sa notification à la personne ayant facturé le produit ou la prestation. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est motivée et peut faire l'objet d'un recours de pleine juridiction devant le tribunal administratif.

Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédures, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-3-2

Pour le recouvrement des sommes exigées des personnes ayant facturé le produit ou la prestation au titre des dispositions de l'article L. 165-3-1, l'organisme d'assurance maladie peut faire usage des prérogatives et des règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. L'organisme d'assurance maladie, lorsqu'il est débiteur vis-à-vis des personnes ayant facturé le produit ou la prestation, peut également déduire la somme des montants dus.

Article L165-4

Le Comité économique des produits de santé peut conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20.

Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-4-1

I. - Le cadre des conventions mentionnées aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4 peut être précisé par un accord-cadre conclu entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

Sans préjudice de l'article L. 162-17-4, cet accord-cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :

1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ;

2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre, par les fabricants ou distributeurs, d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

L'accord-cadre prévoit également les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certaines catégories de produits et prestations mentionnés au même article L. 165-1 pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au II de l'article L. 162-17-3 et à l'article L. 165-4.

II. - En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2° du I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à son encontre, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations faisant l'objet de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II sont définis par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-5

I.-Les fabricants ou distributeurs sont tenus, sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en précisant pour chaque produit ou prestation le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré.

Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.

La pénalité mentionnée au deuxième alinéa est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à

l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.

II.-La déclaration prévue au I est effectuée par voie dématérialisée. En cas de méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, l'agence peut prononcer, après mise en demeure au fabricant ou distributeur de présenter ses observations, une pénalité dans la limite de 0,2 % du chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa du I. Le dernier alinéa du même I est applicable à cette pénalité.

Article L165-5-1

En l'absence d'accord prévu à l'article L. 165-6 ou lorsque les dispositions de cet accord n'en traitent pas, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peut préciser les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 pour lesquels la part garantie par les organismes de prise en charge peut être versée directement aux distributeurs.

Article L165-6

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de produits et prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximaux pratiqués, sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas l'objet d'une décision prise en application du I de l'article L. 165-3, et les modalités du mécanisme de tiers payant.

Des accords peuvent également être conclus au niveau national pour prévoir des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2. A ce titre, pour les produits ou prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1 figurant sur la liste mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un produit ou une prestation à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

En l'absence d'accord ou lorsque les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies à l'alinéa précédent, un arrêté fixe, après avis du comité économique des produits de santé, les obligations mentionnées à l'alinéa précédent s'imposant aux distributeurs.

Les infractions à l'arrêté mentionné au troisième alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues au titre V du livre IV du code de commerce.

Les accords nationaux signés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales des distributeurs de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêté interministériel, pris après avis du comité économique des produits de santé. Les ministres peuvent, lorsque l'accord ou un avenant comporte une ou des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur ou lorsqu'une ou des dispositions relatives aux prix proposés ne sont pas compatibles avec les critères de l'article L. 162-38, disjointre ces dispositions dans l'arrêté.

Article L165-7

Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 et au 1° de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

En aucun cas la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.

Article L165-8

La mention, dans la publicité auprès du public pour des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 autres que des dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5213-3 du code de la santé publique, que ces produits sont remboursés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ou par un régime complémentaire est interdite.

Cette disposition ne s'oppose pas à ce que tout opérateur vendant au public de tels produits ou prestations fournisse au consommateur, sur le lieu de la vente et au moment de celle-ci, toute information sur son prix ainsi que sur les conditions de prise en charge par l'assurance maladie du produit ou de la prestation offerte à la vente, de ses différents éléments constitutifs dans le cas de dispositifs modulaires et des adjonctions ou suppléments éventuels.

Les infractions au présent article sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions à l'article L. 121-1 du code de la consommation. Elles sont punies d'une amende de 37 500 euros, dont le montant maximum peut être porté à 50 % des dépenses de la publicité constituant l'infraction.

Article L165-8-1

Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre.

Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-9

Le professionnel de santé qui délivre au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficients de l'ouïe ou d'optique-lunetterie inscrit sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 165-1 remet à l'assuré social, avant la conclusion du contrat de vente, un devis normalisé comportant le prix de vente de chaque produit et de chaque prestation proposés ainsi que les modalités de prise en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, complémentaire.

Avant le paiement, le professionnel de santé qui délivre au public un produit ou une prestation d'appareillage des déficients de l'ouïe ou d'optique-lunetterie remet à l'assuré une note détaillée reprenant les mêmes éléments ainsi que les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité des dispositifs médicaux fournis.

La note et les informations d'identification et de traçabilité sont transmises à l'organisme de sécurité sociale auquel est affilié l'assuré.

Le contenu et la présentation du devis et de la note sont fixés par un arrêté pris dans les conditions prévues à l'article L. 113-3 du code de la consommation.

Les informations permettant d'assurer l'identification et la traçabilité sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'économie et de la sécurité sociale.

Article L165-9-1

Les manquements aux obligations prévues à l'article L. 165-9 du présent code sont passibles d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 € pour une personne physique et 15 000 € pour une personne morale. L'amende est prononcée dans les conditions prévues à l'article L. 141-1-2 du code de la consommation.

Article L165-10

Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité de la prescription et les modalités de délivrance des produits ou d'exécution des prestations auxquelles peut être subordonnée la prise en charge des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

Article L165-11

I. # L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17, financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6 et qui entrent dans des

catégories homogènes définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sont limités aux produits inscrits sur une liste établie par arrêté des mêmes ministres après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1.

II. # Les catégories homogènes mentionnées au I du présent article comprennent les produits de santé qui, pour justifier de leur financement dans le cadre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6, doivent répondre, au regard de leur caractère invasif ou des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé humaine, à au moins l'une des exigences suivantes :

1° La validation de leur efficacité clinique ;

2° La définition de spécifications techniques particulières ;

3° L'appréciation de leur efficacité au regard des alternatives thérapeutiques disponibles.

III. # En vue de l'inscription éventuelle sur la liste prévue au I du présent article, les fabricants ou leurs mandataires ou les distributeurs de produits de santé appartenant aux catégories homogènes déposent une demande d'inscription auprès de la commission prévue à l'article L. 165-1.

IV. # L'inscription sur la liste est prononcée pour une durée déterminée, renouvelable. L'inscription ou le renouvellement d'inscription peuvent être notamment assortis de conditions de prescription et d'utilisation et subordonnés à la réalisation par les fabricants ou leurs mandataires ou par les distributeurs d'études complémentaires demandées sur les produits de santé.

IV bis.-(Abrogé)

V. # Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de détermination des catégories homogènes de produits de santé concernées, les modalités d'inscription de ces produits sur la liste mentionnée au I, les modalités d'évaluation et les délais de procédure, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L165-12

Les établissements de santé qui achètent ou utilisent des produits de santé appartenant aux catégories homogènes mentionnées au I de l'article L. 165-11 sans être inscrits sur la liste prévue au même I sont passibles d'une sanction financière.

Cette sanction est prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les inspecteurs de santé publique ou les praticiens-conseils et auditeurs comptables des organismes d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le montant de cette sanction, fixé en fonction de la gravité du manquement constaté, ne peut excéder le coût total d'achat par l'établissement des produits considérés durant l'année précédant la constatation du manquement. La sanction est notifiée à l'établissement et est recouvrée par la caisse mentionnée aux articles L. 174-2-1 ou L. 174-18, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du IV de l'article L. 114-17-1.

Article L165-13

En cas d'absence de réalisation dans les délais requis, par le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur d'un dispositif médical, des études complémentaires demandées en application du IV de l'article L. 165-11, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que les intéressés ont été mis en mesure de présenter leurs observations, une pénalité financière à leur encontre.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le mandataire ou par le distributeur, au titre du ou des produits considérés, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles et délais de procédure ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 7 : Tutelle aux prestations sociales

Section 1 : Dispositions générales

Article L167-3

La charge des frais de tutelle incombe :

1°) Paragraphe abrogé

2°) à l'organisme débiteur de l'allocation ou de l'avantage vieillesse dû au bénéficiaire placé sous tutelle. Dans le cas où le bénéficiaire perçoit plusieurs allocations ou avantages vieillesse, la charge incombe à la collectivité ou à l'organisme payeur de l'allocation ou de l'avantage vieillesse le plus important ;

2° bis) En matière de revenu de solidarité active, à la collectivité débitrice de l'allocation. Toutefois, lorsque le bénéficiaire perçoit plusieurs prestations faisant l'objet d'une tutelle, la charge incombe à la collectivité ou à l'organisme débiteur de la prestation dont le montant est le plus élevé ;

3°) Lorsque l'organisme à qui incombe la charge des frais de tutelle n'est pas précisé par une autre disposition législative, à l'Etat.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 8 : Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie

Article L168-1

Une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est versée aux personnes qui accompagnent à domicile une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, et qui remplissent les conditions suivantes :

1° Soit être bénéficiaires du congé de solidarité familiale ou l'avoir transformé en période d'activité à temps partiel comme prévu aux articles L. 3142-16 à L. 3142-21 du code du travail ou du congé prévu au 9° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, au 10° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, au 9° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou à l'article L. 4138-6 du code de la défense ;

2° Soit avoir suspendu ou réduit leur activité professionnelle et être un ascendant, un descendant, un frère, une sœur, une personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ou partager le même domicile que la personne accompagnée.

Article L168-2

Les personnes mentionnées aux articles L. 5421-1 à L. 5422-8 du code du travail peuvent bénéficier de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie dans des conditions fixées par décret.

Article L168-3

L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est également versée dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Article L168-4

Le nombre maximal d'allocations journalières versées est égal à 21. L'allocation est versée pour chaque jour ouvrable ou non. Lorsque la personne accompagnée à domicile doit être hospitalisée, l'allocation continue d'être servie les jours d'hospitalisation.

Le montant de cette allocation est fixé par décret. Lorsque le bénéficiaire a réduit sa quotité de travail et travaille à temps partiel, ce montant et la durée de l'allocation sont modulés dans des conditions prévues par décret.

L'allocation cesse d'être due à compter du jour suivant le décès de la personne accompagnée.

L'allocation peut être versée à plusieurs bénéficiaires, au titre d'un même patient, dans la limite totale maximale fixée au premier alinéa.

Article L168-5

Les documents et les attestations requis pour prétendre au bénéfice de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, ainsi que les procédures de versement de cette allocation, sont définis par décret.

Article L168-6

L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est financée et servie par le régime d'assurance maladie dont relève l'accompagnant, après accord du régime d'assurance maladie dont relève l'accompagné.

Lorsque l'intervention du régime d'assurance maladie se limite aux prestations en nature, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est financée et servie par l'organisme compétent, en cas de maladie, pour le service des prestations en espèces ou le maintien de tout ou partie de la rémunération.

Article L168-7

L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie n'est pas cumulable avec :

1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;

2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 613-19 à L. 613-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant.

Toutefois, l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 9 : Prise en charge des victimes d'un acte de terrorisme

Section 1 : Dispositions applicables aux personnes présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme

Article L169-1

La présente section est applicable aux personnes victimes d'un acte de terrorisme, blessées ou impliquées lors de cet acte dans des conditions précisées par décret et dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au fonds de garantie mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 du code des assurances.

Article L169-2

Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 : 1° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, pour les hospitalisations résultant directement de l'acte de terrorisme ; 2° L'article L. 313-1 en tant qu'il concerne les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, pour les prestations rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ; 3° Le délai et les sanctions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 321-2, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme ; 4° La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 160-13, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ; 5° La participation forfaitaire mentionnée au premier alinéa du II du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ; 6° La franchise mentionnée au premier alinéa du III du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ; 7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1, pour les incapacités de travail rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ; 8° Les délais mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 441-2, lorsque l'accident de travail résulte d'un acte de terrorisme ; 9° Le délai et la durée minimale d'affiliation mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, le délai et la sanction mentionnés au sixième alinéa du même article, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 751-26 du même code, le délai mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 dudit code et le délai et la sanction mentionnés au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme.

Article L169-3

Dès lors que leur délivrance résulte directement de l'acte de terrorisme, les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 sont remboursés dans la limite des frais réellement exposés, sans pouvoir excéder des limites fixées par arrêté en référence aux tarifs fixés en application de l'article L. 432-3.

Article L169-4

Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l'article L. 169-5, les articles L. 169-2 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme et jusqu'au dernier jour du douzième mois civil suivant celui au cours duquel cet acte a eu lieu.

Article L169-5

Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert pendant une période de dix ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme. La durée du bénéfice du présent article ne peut excéder deux ans.

Section 2 : Dispositions applicables aux proches parents des personnes décédées ou blessées lors d'un acte de terrorisme

Sous-section 1 : Capital décès

Article L169-6

L'article L. 313-1 en tant qu'il concerne l'assurance décès n'est pas applicable lorsque le décès résulte d'un acte de terrorisme.

Sous-section 2 : Consultations de suivi psychiatrique

Article L169-7

L'article L. 169-5 est applicable aux proches parents des personnes décédées ou blessées dans un acte de terrorisme dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au fonds de garantie mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 du code des assurances.

Les proches parents, au sens du présent article, sont :

- 1° Le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- 2° Les ascendants jusqu'au troisième degré ;
- 3° Les descendants jusqu'au troisième degré ;
- 4° Les frères et sœurs.

Section 3 : Dispositions communes

Article L169-8

Les caisses versent directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ainsi qu'aux établissements de santé le montant des prestations mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-3.

Article L169-9

Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours des périodes mentionnées, respectivement, aux articles L. 169-4 et L. 169-5, ce changement est sans incidence sur l'appréciation de la durée prévue aux mêmes articles.

Article L169-10

Le financement des dépenses résultant des articles L. 169-2 et L. 169-6 est assuré par l'Etat.

Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, l'Etat prend en charge la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.

Article L169-11

Pour la mise en œuvre des articles L. 169-2 à L. 169-8, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure un rôle de coordination des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article L169-12

Un décret détermine les modalités d'application des sections 1 et 2 du présent chapitre et de la présente section 3.

Section 4 : Dispositions communes à plusieurs régimes de réparation

Article L169-13

Pour la mise en œuvre de l'article 9 de la loi n° 86-1020 du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme, de l'article 26 de la loi n° 90-86 du 13 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé et du présent code, une expertise médicale commune est diligentée à l'initiative du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, dans des délais et conditions fixés par décret.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 1er : Dispositions générales - Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité

Section 1 : Dispositions générales

Article L171-1

Des règles de coordination sont applicables aux travailleurs qui passent d'une organisation spéciale de sécurité sociale à l'organisation générale, ou inversement, ainsi qu'aux travailleurs exerçant simultanément une activité relevant d'une organisation spéciale et une activité relevant de l'organisation générale. Ces règles sont fixées par décret.

Article L171-2

Des règles de coordination sont applicables aux travailleurs relevant successivement ou simultanément du régime agricole des assurances sociales et d'un autre régime de sécurité sociale. Ces règles sont fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Article L171-3

Les personnes qui exercent simultanément une activité non salariée agricole et une activité non salariée non agricole sont affiliées, dans des conditions fixées par décret, à un seul des régimes de sécurité sociale dont relèvent ces activités. Elles cotisent et s'acquittent des contributions sociales sur l'ensemble de leurs revenus selon les modalités en vigueur dans ce seul régime.

Le présent article n'est pas applicable aux personnes qui exercent simultanément une activité non salariée agricole et une activité non salariée non agricole au titre de laquelle ils relèvent du régime prévu à l'article L. 133-6-8.

Article L171-4

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français peuvent conclure des conventions entre elles afin de confier à une ou plusieurs caisses de sécurité sociale l'exercice des recours subrogatoires prévus aux articles L. 376-1 et L. 454-1 du présent code et à l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime.

Article L171-5

Une convention signée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et, le cas échéant, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la Caisse nationale des barreaux français avec les organisations représentatives des assureurs peut définir les modalités de mise en œuvre de l'action amiable mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 376-1 et au quatrième alinéa de l'article L. 454-1.

Article L171-6

Des règles de coordination sont instituées, par décret, entre régimes d'assurance maladie et maternité pour les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle les assujettissant à un régime de sécurité sociale qui :

1° Ont relevé, simultanément ou successivement, soit de régimes de travailleurs salariés, soit d'un régime de travailleurs salariés et d'un régime de travailleurs non salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non salariés ;

2° Ou sont titulaires de plusieurs pensions servies soit par des régimes de travailleurs salariés, soit par des régimes de travailleurs salariés et non salariés, soit par des régimes de travailleurs non salariés.

Article L171-7

En cas de faute civile ou d'infraction pénale susceptible de leur avoir causé préjudice, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole peuvent se substituer aux caisses locales de leur réseau pour régler à l'amiable les litiges ou pour agir en justice pour leur compte, selon des modalités et des conditions fixées par décret.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 2 : Coordination en matière d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès

Section 3 : Coordination entre divers régimes

Article L172-1 A

Lorsque, en cas de maladie ou de maternité, le versement des prestations en espèces est subordonné, par les dispositions du présent code ou celles du code rural et de la pêche maritime, à des conditions d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de durée du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte, pour la mise en oeuvre de ces dispositions, de l'ensemble des périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime.

Les règles relatives à la charge et au service des prestations sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 2 : Assurance invalidité.

Article L172-1

Il est institué une coordination entre régimes d'assurance invalidité pour les personnes ayant relevé successivement ou alternativement soit de régimes de salariés, soit d'un régime de salariés et d'un régime de non salariés, soit de plusieurs régimes de travailleurs non salariés.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles sont ouverts et maintenus les droits à pension d'invalidité dans les régimes en cause, ainsi que les conditions dans lesquelles sont calculés ces droits, lorsque le montant de la pension servie par le régime représente une fraction annuelle des revenus moyens correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance les plus avantageuses.

Les dispositions du présent article s'appliquent également au régime d'assurance invalidité des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage

Section 1 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre le régime général et les régimes spéciaux

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L173-1

L'assuré ayant appartenu successivement ou alternativement à un régime spécial et au régime général ou réciproquement peut, dans les conditions et limites fixées par décret, cumuler les avantages auxquels il pourrait prétendre du fait de son affiliation à ces régimes.

Les caisses et services gestionnaires des régimes de base d'assurance vieillesse ont l'obligation de se transmettre directement ou indirectement, lorsque ces informations sont nécessaires à la liquidation des pensions, les données relatives à la carrière de leurs ressortissants et notamment les périodes prises en compte, la durée d'assurance et la nature des trimestres validés au plus tard en décembre de l'année qui précède le cinquante-sixième anniversaire de l'assuré puis, en cas de modification, en décembre de chaque année suivante.

Section 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre divers régimes

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article L173-1-1

Dans le cas où un assuré peut prétendre à la fois à la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural et à la majoration mentionnée à l'article L. 732-54-1 du même code, la

majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime est servie en priorité.

Article L173-1-3

Lorsque les droits à pension d'un assuré établis dans un régime d'assurance vieillesse de base légalement obligatoire sont inférieurs à un seuil fixé par décret et que l'assuré relève ou a relevé alternativement, successivement ou simultanément de plusieurs régimes obligatoires de base, le régime auprès duquel l'assuré justifie de la plus longue durée d'assurance peut assurer, pour le compte du premier régime, le versement de la pension due. Un décret précise les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les modalités de remboursement entre les régimes concernés.

Le premier alinéa peut s'appliquer aux pensions de réversion ; un décret en Conseil d'Etat établit les adaptations nécessaires, liées notamment aux évolutions dans le temps des pensions de réversion servies.

Sous-section 2 : Pensions portées au minimum.

Article L173-2

Dans le cas où l'assuré a relevé d'un ou plusieurs régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 382-15 et au 2° de l'article L. 611-1 du présent code ou à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et lorsqu'il est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans un ou plusieurs de ces régimes, ce minimum de pension lui est versé sous réserve que le montant mensuel total de ses pensions personnelles de retraite attribuées au titre d'un ou plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales, portées le cas échéant au minimum de pension, n'excède pas un montant fixé par décret.

En cas de dépassement de ce montant, la majoration résultant de l'article L. 351-10 est réduite à due concurrence du dépassement.

Lorsque l'assuré est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans plusieurs régimes, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Article L173-2-0-1 A

Un décret détermine les modalités d'application de l'article L. 173-2 du présent code et des septième et huitième alinéas de l'article L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite dans le cas où ces dispositions sont applicables à l'assuré susceptible de bénéficier du minimum de pension dans plusieurs régimes au titre de l'article L. 351-10 du présent code et de l'article L. 17 susmentionné.

Sous-section 3 : Majorations de durée d'assurance accordées au titre des enfants

Article L173-2-0-1

Au titre d'un même enfant, le total des trimestres attribués à chacun des parents en application des II et III de l'article L. 351-4 ou de dispositions renvoyant à cet article ne peut être supérieur à quatre. Les mêmes II et III sont, le cas échéant, applicables à la répartition de ces trimestres entre les parents relevant de régimes d'assurance vieillesse différents.

Article L173-2-0-2

Lorsque les deux parents remplissent, au titre d'un même enfant, l'un dans le régime général d'assurance vieillesse ou dans un régime appliquant les mêmes dispositions que celles de l'article L. 351-4, et l'autre dans un régime spécial de retraite, les conditions pour bénéficier de périodes d'assurance accordées au titre de l'accouchement, de la grossesse, de l'adoption ou de l'éducation d'un enfant, il est fait application des seules règles du régime dont relève la mère de l'enfant ; lorsque les deux parents sont de même sexe, il est fait application des règles d'un seul des régimes, en application d'une règle de priorité entre régimes définie par décret en Conseil d'Etat. La liste des avantages attribuables dans les régimes spéciaux soumis aux règles prévues au présent article est fixée par décret.

Sous-section 4 : Pensions de réversion.

Article L173-2-1

Dans le cas où le conjoint survivant bénéficie de plusieurs pensions de réversion, le régime auquel incombe la charge du versement de la majoration mentionnée à l'article L. 353-5 est déterminé par décret.

Sous-section 5 : Pensions ou allocations de vieillesse des non-salariés.

Article L173-3

Il est institué une coordination de l'assurance vieillesse régie par l'article L. 621-1 avec les assurances facultatives ou volontaires prévues par la législation concernant les divers régimes de sécurité sociale. Les règles de cette coordination sont fixées par décret.

Article L173-4

Des décrets en Conseil d'Etat fixent les conditions dans lesquelles la charge des allocations est répartie entre les caisses lorsqu'un bénéficiaire a exercé successivement des activités professionnelles relevant de plusieurs caisses appartenant à des régimes différents de non-salariés ou à des régimes de salariés.

Sous-section 7 : Clercs, secrétaires et employés d'avoué, d'agrégé ou d'avocat.

Article L173-5

Il est organisé une coordination entre les régimes de retraite dont relevaient les clercs, secrétaires et employés d'avoué, d'agrégé et d'avocat et les régimes dont ils relèvent ou peuvent relever du fait de leur nouvelle profession ou de leur nouvel emploi. Le fonds d'organisation de la nouvelle profession d'avocat garantit le paiement des sommes nécessaires au maintien des droits acquis ou en cours d'acquisition au 16 septembre 1972, y compris en ce qui concerne les régimes de retraite complémentaires.

Sous-section 8 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Article L173-6

En cas d'affiliations successives ou simultanées au régime d'assurance vieillesse applicable aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses et à un ou plusieurs autres régimes obligatoires d'assurance vieillesse de base, les avantages dus aux intéressés par chaque régime se cumulent dans les conditions et, éventuellement, dans les limites fixées par décret.

Sous-section 9 : Rachat.

Article L173-7

Les versements mentionnés aux articles L. 351-14-1, L. 351-17, L. 634-2-2, L. 643-2 et L. 723-10-3 du présent code, à l'article L. 732-27-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 9 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que ceux prévus par des dispositions réglementaires ayant le même objet, ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Section 4 : Coordination en matière d'assurance veuvage

Article L173-8

Dans le cas où l'assuré décédé relevait simultanément de plusieurs régimes de protection sociale, le régime auquel incombe la charge du versement de l'allocation de veuvage est déterminé par décret.

Article L173-9

Un décret détermine l'ordre de priorité dans lequel sont versées l'allocation de veuvage et les autres prestations sociales subordonnées à des conditions de ressources.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 4 : Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements

Section 1 : Dotation annuelle de financement et forfait journalier

Article L174-1

Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, la part des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 qui est prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle de financement.

Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'Etat dans le respect des dispositions de l'article L. 174-1-1, dans les conditions prévues par l'article L. 6145-1 du code de la santé publique et précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L174-1-1

Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :

1° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;

2° L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;

3° Les activités mentionnées au 3° de l'article L. 162-22 ;

4° Les activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ;

5° Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

6° Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte ;

7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre Etat à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'Etat concerné.

Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du 7° du présent article et des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6416-1 du code de la santé publique.

Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il distingue la part afférente à chacune des activités mentionnées au 1°. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

Le montant de cet objectif est constitué en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation des soins et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.

Article L174-1-2

Une part du montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 peut être transférée, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. De la même manière, une part du montant du fonds d'intervention régional dont la gestion est déléguée à l'agence régionale de santé peut être transférée vers la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1. Ces transferts ne peuvent conduire à ce que l'une ou l'autre des dotations concernées soit diminuée au-delà d'un montant fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite de 1 % du montant des dotations régionales concernées.

Les transferts réalisés en cours d'année sont pris en compte en fin d'année par correction, d'une part, du montant de l'objectif mentionné au même article L. 174-1-1 et, d'autre part, de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique.

Article L174-2

Les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.

Article L174-2-1

La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les

médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis consultatif des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.

Article L174-2-2

Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de l'accord mentionné à ce même 7°.

Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 175-2.

Article L174-3

Dans les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1, une tarification des prestations fixée par arrêté servira de base :

1°) à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 ;

2°) au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre ;

3°) à l'exercice des recours contre tiers.

Article L174-4

Un forfait journalier est supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux, à l'exclusion des établissements mentionnés à l'article L. 174-6 du présent code et au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Ce forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale, sauf dans le cas des enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle, des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, des bénéficiaires de l'assurance maternité et des bénéficiaires de l'article L. 115 du code des

pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ainsi que des donneurs d'éléments et produits du corps humain mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique.

Le forfait journalier peut être modulé dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, en fonction de l'un ou de plusieurs des critères suivants : catégorie de l'établissement, nature du service, durée du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté.

Le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait. Cette disposition n'est toutefois pas applicable lorsqu'en vertu du 1° de l'article L. 322-3 la participation de l'assuré à l'occasion d'une hospitalisation est limitée au motif que la dépense demeurant à sa charge dépasse un certain montant.

Le forfait journalier peut être pris en charge par le régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle dans des conditions fixées par décret.

Section 2 : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour

Article L174-5

Dans les unités ou centres de soins de longue durée, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil général.

Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1-1.

Article L174-6

Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les unités ou centres de soins de longue durée sont versées à l'établissement ou au service, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'unité ou le centre de soins de longue durée. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

Les sommes versées aux unités et centres de soins de longue durée pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition.

Les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés ci-dessus ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.

Section 3 : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans certains établissements sociaux

Article L174-7

Les dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 162-24-1 sont supportées par les régimes d'assurance maladie ou au titre de l'aide sociale, suivant les modalités fixées par voie réglementaire, éventuellement suivant des formules forfaitaires.

Article L174-8

Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 162-24-1 sont versées à l'établissement ou au service par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement ou le service, pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans un établissement ou un service le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

La répartition des sommes versées aux établissements et services est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

Les modalités d'application des alinéas précédents sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La participation de l'assuré social aux dépenses relatives aux soins prévus à l'article L. 174-7 peut être réduite ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les organismes d'assurance maladie et l'aide sociale versent directement à l'établissement leur participation aux dépenses de soins non compris dans le forfait mentionné à l'article L. 174-7, lorsque ceux-ci sont demandés par le ou les médecins attachés audit établissement et que ce dernier en a assuré le paiement.

Article L174-9

Les dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux personnes hébergées dans les hospices ou services d'hospice sont prises en charge conformément aux dispositions des articles L. 162-24-1 et L. 174-8.

Article L174-9-1

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ainsi que les structures dénommées " lits halte soins santé ", les structures dénommées " lits d'accueil médicalisés " et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.

La répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 175-2.

Section 4 : Dépenses de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile

Article L174-10

Les dépenses de soins paramédicaux dispensés par des professionnels de statut libéral ou salarié dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article premier de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée peuvent être prises en charge par les organismes d'assurance maladie suivant une formule forfaitaire et, dans ce cas, réglées directement par ces organismes aux institutions dans les conditions fixées par décret.

La participation de l'assuré social aux dépenses de soins paramédicaux dispensés par les institutions précitées peut être réduite ou supprimée dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Section 5 : Dépenses de lutte contre les maladies mentales

Article L174-11

Les régimes de base d'assurance maladie remboursent les dépenses de lutte contre les maladies mentales exposées au titre de l'article L. 3221-1 du code de la santé publique.

Article L174-12

Les dépenses des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique ayant passé avec l'Etat une convention pour participer à la lutte contre les maladies mentales font l'objet d'une dotation annuelle à la charge de l'assurance maladie. Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1 du présent code.

La dotation est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 174-1.

La dotation est versée dans les conditions prévues à l'article L. 174-2.

Section 6 : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les centres d'action médico-sociale précoce

Article L174-13

La dotation globale des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 187 du code de la santé publique, partiellement à charge des régimes d'assurance maladie, est fixée conformément aux dispositions de l'article 26-4 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ; elle est répartie entre les différents régimes pour la part qui leur incombe dans les conditions fixées par l'article L. 174-8 du présent code.

Section 8 : Dépenses afférentes aux soins dispensés par le service de santé des armées et l'Institution nationale des invalides

Article L174-15

Sont applicables aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.

Les compétences du directeur général de l'agence régionale de santé mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.

Article L174-15-1

Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.

Article L174-15-2

Les dispositions de l'article L. 174-15-1 sont applicables aux dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides.

Article L174-15-3

Les dispositions de l'article L. 174-4 sont applicables au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides.

Section 9 : Dépenses relatives aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive

Article L174-16

Les dépenses des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic prévus à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique s'imputent sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code et sont financées sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Section 11 : Frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

Article L174-18

Les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sont remboursés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes en application de l'alinéa précédent sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement.

Section 12 : Dispositions diverses

Article L174-19

Les dépenses afférentes aux activités exercées à titre accessoire mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1223-1 du code de la santé publique sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du présent livre.

Article L174-20

Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L. 254-1 du même code, des patients accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie,

maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie.

Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 5 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Article L175-1

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 174-1 et L. 174-3.

Article L175-2

Les sommes versées au titre des forfaits et des dotations annuels mentionnés aux articles L. 162-22-15, L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-12 et L. 174-15-1 sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon des coefficients fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé en fonction des charges observées, pour chacun des régimes, dans le système commun d'informations mentionné à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique pour le dernier exercice connu.

Article L175-3

Pour l'application du chapitre IV du présent titre, les biens des organismes de base d'assurance maladie sont insaisissables.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 6 : Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles

Article L176-1

Il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge en application du livre IV.

Le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Un décret détermine les modalités de la participation au financement de ce versement forfaitaire des collectivités, établissements et entreprises mentionnés à l'article L. 413-13 et assumant directement la charge totale de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, en fonction des effectifs et des risques professionnels encourus dans les secteurs d'activité dont ils relèvent.

Article L176-2

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes remet tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement et au Gouvernement avant le 1er juillet de l'année considérée.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 7 : Action sanitaire et sociale des régimes

Article L177-1

Les caisses de sécurité sociale procèdent, au moins une fois par an, au contrôle, dans des conditions déterminées par décret, des associations et organismes chargés de l'exécution des prestations à caractère familial ou domestique dont elles assurent, en tout ou partie, le financement, afin de s'assurer de la régularité des opérations financières et comptables et d'apprécier la qualité des prestations servies.

Article L177-2

Les caisses de sécurité sociale coordonnent leur politique d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes résidant en zone rurale.

Le département assure la coordination globale des dispositifs et services qui concourent à l'insertion et à l'action médico-sociale. Il s'assure à cet effet de la participation de l'ensemble des acteurs concernés.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 1er : Dispositions propres aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Article L181-1

Sont applicables dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle les dispositions particulières prévues :

1° Pour l'assurance maladie, par les articles L. 242-13, L. 325-1 et L. 325-2 ;

2° Pour l'assurance vieillesse, par les articles L. 215-5 à L. 215-7, L. 357-1 à L. 357-4-1 et L. 357-14 à L. 357-21 ;

3° Pour l'assurance invalidité, par les articles L. 215-5 à L. 215-7, L. 357-1, L. 357-5 à L. 357-8 et L. 357-14 à L. 357-21 ;

4° Pour l'assurance veuvage, par les articles L. 215-5 à L. 215-7, L. 357-1 et L. 357-9 à L. 357-21 ;

5° Pour l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, par les articles L. 242-7-1, L. 434-19 et L. 482-1 à L. 482-3.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 2 : Dispositions relatives aux bénéficiaires de l'aide médicale

Article L182-1

Une convention conclue entre, d'une part, l'Etat et, d'autre part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prévoit les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie exercent, au nom de l'Etat, les compétences dévolues à ce dernier pour l'attribution des prestations d'aide médicale prévues en application de l'article L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles.

Elle fixe les conditions dans lesquelles lesdites prestations sont payées aux prestataires de soins ou de services par les caisses primaires d'assurance maladie et sous leur contrôle, sur la base des tarifs de responsabilité de ces organismes. Elle détermine les modalités du versement par l'Etat des sommes dues à ce titre à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, ainsi qu'au titre des frais de gestion.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 2 bis : Union nationale des caisses d'assurance maladie - Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire - Union nationale des professionnels de santé

Section 1 : Union nationale des caisses d'assurance maladie

Article L182-2

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie a pour rôle, dans le respect des objectifs de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent ainsi que des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale :

1° De négocier et signer l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ;

2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévus aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ;

3° De fixer la participation prévue en application de l'article L. 160-13 ;

4° D'assurer les relations des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;

5° De rendre un avis motivé et public sur les projets de loi et de décret relatifs à l'assurance maladie ;

6° De rendre un avis sur le montant de la base forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L. 162-17-2-1 ;

7° D'établir le référentiel mentionné à l'article L. 114-10-3.

Article L182-2-1

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est un établissement public national à caractère administratif. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Celles-ci sont représentées auprès de l'Union par des commissaires du Gouvernement.

Article L182-2-1-1

Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale et afin d'assurer la mise en œuvre de la politique de santé définie à l' article L. 1411-1 du code de la santé publique , l'autorité compétente de l'Etat conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat dénommé " plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins ", qui définit, pour une durée de deux ans, les objectifs pluriannuels de gestion du risque et les objectifs relatifs à l'efficience du système de soins communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Ce plan définit, au sein de programmes nationaux, les actions concourant à la mise en œuvre de ces objectifs et relevant de chacun des signataires. Les programmes nationaux sont établis par un Comité national de la gestion du risque et de l'efficience du système de soins, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont définis par arrêté.

Le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins est décliné dans chaque région par un plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins, défini dans les conditions prévues à l' article L. 1432-2 du code de la santé publique .

Les modalités de mise en œuvre du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins sont déterminées par une convention établie dans le respect d'un contrat type défini par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé et conclue, pour le compte de l'Etat, par le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les régimes d'assurance maladie, par leur représentant désigné par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En l'absence de désignation de son représentant par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ce dernier est désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

La convention prévue au quatrième alinéa du présent article prend en compte les particularités territoriales et peut adapter les actions de gestion du risque et relatives à l'efficience du système de soins en fonction de celles-ci ou prévoir des actions spécifiques.

Le suivi de la mise en œuvre du plan national et des plans régionaux est assuré par le Comité national de la gestion du risque et de l'efficience du système de soins.

Article L182-2-2

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est dotée d'un conseil, d'un collège des directeurs et d'un directeur général.

Le conseil est composé de :

1° Douze membres, dont le président, désignés par le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein ;

2° Trois membres, dont le président, désignés par le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants en son sein ;

3° Trois membres, dont le président, désignés par le conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en son sein.

Les trois présidents visés aux alinéas précédents composent le bureau du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ce bureau assure la permanence de l'union entre les réunions du conseil. Il est informé des décisions prises en collège des directeurs ou par le directeur général de l'union. Il est consulté sur l'ordre du jour du conseil par le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le collège des directeurs est composé :

1° Du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

2° Du directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

3° Du directeur de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose de deux voix. Il assure les fonctions de directeur général de l'union.

Article L182-2-3

Le conseil délibère sur :

1° Les orientations de l'union dans ses domaines de compétence ;

2° La participation mentionnée aux articles L. 160-13 et L. 160-14, sur proposition du collège des directeurs ;

3° Les orientations de l'union relatives aux inscriptions d'actes et de prestations prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 sur la base des principes généraux définis annuellement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

4° Les orientations relatives à la négociation des accords, contrats et conventions qui sont de la compétence de l'union et des contrats types nationaux prévus à l'article L. 162-14-4 ;

5° Les projets de loi et de décret transmis par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

6° Le budget annuel de gestion administrative ;

7° Les orientations relatives au projet de plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins prévu à l'article L. 182-2-1-1.

Le collège des directeurs prépare, en vue de son adoption par le conseil, un projet sur la participation mentionnée au 2°. Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé, demander au directeur un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers.

Le conseil est tenu informé par le collège des directeurs de la mise en oeuvre des orientations prévues aux 3°, 4° et 7°. Il peut rendre un avis motivé sur la mise en oeuvre de ces orientations et notamment sur l'accord cadre, les conventions, les avenants et annexes régissant les relations avec les professions de santé et les centres de santé.

Le collège des directeurs prépare, en vue de leur adoption par le conseil, les orientations mentionnées au 7°.

Article L182-2-4

I. - Le directeur général, sur mandat du collège des directeurs :

1° Négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1, les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ainsi que l'accord national mentionné à l'article L. 162-16-7 ;

2° Négocie le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins prévu à l'article L. 182-2-1-1 .

II. - Le collège des directeurs :

1° Met en oeuvre les orientations fixées par le conseil relatives aux inscriptions d'actes et prestations prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ;

2° Met en oeuvre les orientations fixées par le conseil dans les relations de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ;

3° Arrête le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu pour chaque catégorie de professionnels mentionnée aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1.

Le président et le directeur général signent le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins prévu à l'article L. 182-2-1-1.

Article L182-2-5

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la gestion administrative de l'union sous l'autorité du directeur général. Celui-ci exerce les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité et met en oeuvre les orientations fixées par le conseil.

Article L182-2-6

Les ressources de l'union sont constituées notamment par des contributions des trois caisses nationales d'assurance maladie.

Article L182-2-7

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est régie par les dispositions du livre II.

Section 2 : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Article L182-3

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire regroupe des représentants des mutuelles régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance régies par le présent code, de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et des entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Cette union est dotée d'un conseil.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire rend un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale.

Ces avis sont rendus dans les mêmes conditions que les avis mentionnés à l'article L. 200-3.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire émet des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 322-2 et L. 162-1-7, à l'exception de celles mentionnées au troisième alinéa du I de l'article L. 160-13.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie examinent conjointement leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels et les centres de santé portant sur leur champ respectif. Elles déterminent annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être constituée sous la forme d'une association régie par la loi du 1er juillet 1901.

La décision de signer un accord, une convention ou un avenant mentionnés à l'article L. 162-14-3 est prise par le conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Elle est prise à la majorité de 60 % au moins des voix exprimées en ce qui concerne les accords mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3.

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire transmet, avant le 15 juin de chaque année, au Parlement et au ministre chargé de la sécurité sociale, un bilan détaillé des négociations auxquelles elle a décidé de participer en application de l'article L. 162-14-3, ainsi que de la mise en œuvre des accords, conventions ou avenants qu'elle a signés à l'issue de ces négociations.

Section 3 : Union nationale des professionnels de santé

Article L182-4

L'Union nationale des professionnels de santé regroupe des représentants de l'ensemble des professions de santé libérales mentionnées au titre VI du présent livre. Sa composition, qui prend en compte les effectifs des professions concernées, est fixée par décret en Conseil d'Etat.

L'Union nationale des professionnels de santé émet des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15, à l'exception de la décision mentionnée au troisième alinéa du I de l'article L. 160-13.

L'Union nationale des professionnels de santé examine annuellement un programme annuel de concertation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

L'Union nationale des professionnels de santé reçoit une contribution à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le montant de cette contribution est défini par l'accord mentionné à l'article L. 162-1-13 ou, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 4 : Dispositions d'application

Article L184-1

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre Ier. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Article L200-1

Le régime général de sécurité sociale couvre :

1°) au titre de la prise en charge des frais de santé et des assurances sociales, les personnes définies par les articles L. 311-2, L. 311-3, L. 311-6 et L. 311-7 ;

2°) au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les personnes définies par les articles L. 412-1, L. 412-2 et L. 412-9 ;

3°) au titre des prestations familiales, les personnes définies par l'article L. 512-1.

Il peut être fait appel également au régime général pour couvrir un ou plusieurs risques ou charges pour des catégories d'assurés définies par la loi.

Article L200-2

Le régime général comprend quatre branches :

1° Maladie, maternité, invalidité et décès ;

2° Accidents du travail et maladies professionnelles ;

3° Vieillesse et veuvage ;

4° Famille.

L'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer.

Les branches visées au 1° et au 2° sont gérées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, celle visée au 3° par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et celle visée au 4° par la Caisse nationale des allocations familiales.

Les ressources du régime général sont collectées et centralisées par les organismes chargés du recouvrement.

L'Union des caisses nationales de sécurité sociale exerce pour le compte de ces caisses et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des tâches qui leur sont communes.

La gestion commune de trésorerie des différentes branches relevant des caisses nationales du régime général définie par l'article L. 225-1 ne fait pas obstacle à l'obligation prévue au sixième alinéa.

Article L200-2-1

Les ressources nécessaires au financement de la gestion administrative de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel.

Article L200-3

Le conseil ou les conseils d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont saisis, pour avis et dans le cadre de leurs compétences respectives, de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétence et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les avis sur les projets de loi sont motivés.

Le conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recevoir délégation des conseils des caisses nationales et de la commission prévue à l'article L. 221-4 pour examiner tout projet de texte relatif aux ressources du régime général.

Le Gouvernement transmet au Parlement les avis rendus sur les projets de loi.

Le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission visée à l'article L. 221-4 peuvent faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans leur domaine de compétence. Les propositions de nature législative sont transmises au Parlement. Le Gouvernement fait connaître dans un délai d'un mois les suites qu'il réserve aux propositions de nature réglementaire.

Le conseil ou les conseils d'administration et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont habilités, dans le respect de l'équilibre financier de chacune des branches, à proposer des réformes au Gouvernement.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, et notamment les délais dans lesquels le conseil ou les conseils d'administration et la commission prévue à l'article L. 221-4 ou les commissions habilitées par eux à cet effet rendent leurs avis, ainsi que les conditions dans lesquelles les avis rendus sur les projets de loi sont motivés.

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 1er : Caisses primaires d'assurance maladie

Article L211-1

Les caisses primaires d'assurance maladie assurent dans leur circonscription le service des prestations se rapportant à chacune des gestions prévues au 1° de l'article L. 221-1.

Article L211-2

Chaque caisse primaire d'assurance maladie est dotée d'un conseil et d'un directeur.

Le conseil est composé :

1° D'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

2° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;

3° De représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ;

4° D'une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également avec voix consultative des représentants du personnel élus.

Le directeur assiste aux séances du conseil.

Article L211-2-1

Le conseil de la caisse primaire d'assurance maladie a pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur :

1° Les orientations du contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3 ;

2° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'usager ;

3° Les axes de la politique de communication à l'égard des usagers ;

4° Les axes de la politique de gestion du risque,.

Il est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en oeuvre des orientations qu'il définit et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Il approuve, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Ces propositions sont réputées approuvées, sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.

Le conseil délibère également sur :

1° La politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

2° Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique constituée à cet effet ;

3° Les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la caisse ;

4° l'acceptation et le refus des dons et legs ;

5° La représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

Il délibère sur le contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.

Le conseil peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.

Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.

Les modalités de mise en oeuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par voie réglementaire.

Article L211-2-2

Le directeur dirige la caisse primaire d'assurance maladie et est responsable de son bon fonctionnement. Il met en oeuvre les orientations décidées par le conseil. Il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

Il négocie et signe le contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.

Il est notamment chargé :

1° De préparer les travaux du conseil, de mettre en oeuvre les orientations qu'il définit et d'exécuter ses décisions ;

2° De prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse, à sa gestion administrative, financière et immobilière ;

3° D'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention, de conclure au nom de la caisse toute convention et d'en contrôler la bonne application.

Le directeur représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés et conventions, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse, et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.

Le directeur nomme les agents de direction dans les conditions prévues à l'article L. 217-6.

Le directeur rend compte au conseil de la gestion de la caisse après la clôture de chaque exercice.

Il rend également compte périodiquement au conseil de la mise en oeuvre des orientations définies par ce dernier.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire.

Article L211-2-3

Lorsque la commission que le conseil de la caisse primaire d'assurance maladie a désignée à cet effet se prononce sur les différends auxquels donne lieu l'application de la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, seuls les membres du conseil désignés en application du 1° de l'article L. 211-2 sont habilités à siéger et à prendre part au vote.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 2 : Caisses d'allocations familiales

Section 1 : Dispositions générales.

Article L212-1

Le service des prestations familiales dues aux salariés de toute profession, aux employeurs et aux travailleurs indépendants des professions non agricoles ainsi qu'à la population non active incombe aux caisses d'allocations familiales. Cette dispositions est étendue, à compter du 1er octobre 2001, aux retraités de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, domiciliés dans les départements d'outre-mer.

Toutefois, certains organismes ou services peuvent être autorisés, par décret, à servir ces prestations aux salariés agricoles et aux personnels de l'Etat.

Article L212-2

Chaque caisse d'allocations familiales est administrée par un conseil d'administration de vingt-quatre membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

- cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

3° Quatre représentants des associations familiales désignés par l'union départementale des associations familiales ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 3 : Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (U.R.S.S.A.F)

Article L213-1

Des unions de recouvrement assurent :

1° Le recouvrement des cotisations de sécurité sociale dues par les employeurs au titre des travailleurs salariés ou assimilés, par les assurés volontaires et par les assurés personnels ;

2° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs des professions non agricoles et les travailleurs indépendants non agricoles ;

3° Une partie du recouvrement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, dans les conditions prévues aux articles L. 133-6-2, L. 133-6-3 et L. 133-6-4 ;

4° Le recouvrement d'une partie de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ;

5° Le recouvrement des contributions, versements et cotisations mentionnés aux articles L. 5422-9, L. 5422-11 et L. 3253-18 du code du travail ;

5° bis Le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1, L. 644-2, et au c du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.

6° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2°, 3° et 5°.

Les unions sont constituées et fonctionnent conformément aux prescriptions de l'article L. 216-1.

Un décret détermine les modalités d'organisation administrative et financière de ces unions.

En matière de recouvrement, de contrôle et de contentieux, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret.

Article L213-2

Chaque union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales est administrée par un conseil d'administration de vingt membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

- cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

3° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des unions de recouvrement et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Article L213-3

Le directeur départemental des finances publiques ou son représentant assiste avec voix consultative aux délibérations du conseil d'administration des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Article L213-4

Les cotisations et contributions mentionnées aux 2°, 4° et 5° de l'article L. 213-1 dues au titre des personnes qui relèvent du régime spécial de sécurité sociale des marins sont recouvrées et contrôlées par une union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée par le directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 5 : Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

Section 1 : Dispositions générales.

Article L215-1

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail :

1° Enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général. Elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits. Elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;

2° Interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;

3° Mettent en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 222-4 ;

4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;

5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.

Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées par décret.

Article L215-2

Chaque caisse régionale d'assurance maladie est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses régionales d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

Siègent également avec voix consultative :

1° Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux deuxième et troisième alinéas du présent article.

Article L215-3

Pour la région d'Ile-de-France, la caisse compétente mentionnée à l'article L. 215-1 n'exerce pas les missions fixées au 1° de cet article, ni celles fixées au 3° pour ce qui concerne le programme d'action sanitaire et sociale défini par la caisse nationale mentionnée à l'article L. 222-4.

Le conseil d'administration de la caisse mentionnée au premier alinéa du présent article est composé dans les conditions fixées à l'article L. 215-2. Toutefois, n'est pas applicable la disposition relative à la présence d'au moins un représentant des retraités parmi les quatre personnes qualifiées.

Article L215-4

Il est constitué auprès du conseil d'administration et par branche ou groupe de branches d'activités des comités techniques composés, par parties égales, de représentants des organisations professionnelles de travailleurs et d'employeurs et chargés de l'assister dans la gestion des risques d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Article L215-4-1

I.-Il est constitué auprès du conseil d'administration une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles composée de :

1° Cinq membres choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration au titre de chacune des organisations syndicales nationales de salariés interprofessionnelles qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4 ;

2° Cinq membres choisis par les représentants des employeurs au conseil d'administration au titre de chacune des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4.

Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration.

II.-La commission donne son avis au conseil d'administration sur les affaires relevant du 2° de l'article L. 215-1. Le conseil d'administration peut lui déléguer une partie de ses pouvoirs dans des conditions qu'il détermine sur ces mêmes affaires.

Section 2 : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle.

Article L215-5

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle gère le régime particulier prévu par le chapitre VII du titre V du livre III du présent code.

Les assurés ou leurs ayants droit bénéficiaires du code des assurances sociales du 19 juillet 1911 et de la loi du 20 décembre 1911 demeurent affiliés à la caisse mentionnée au premier alinéa.

Article L215-6

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle assure, selon les règles de droit commun de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés, les missions fixées au 1° de l'article L. 215-1 et met en œuvre le programme d'action sanitaire et sociale défini par la caisse nationale mentionnée à l'article L. 222-4, pour les assurés qui n'optent pas pour le régime défini aux articles L. 357-1 et suivants.

Article L215-7

I.-La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales interprofessionnelles de salariés représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités et un représentant de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle.

II.-Siègent également avec voix consultative :

1° Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

III.-Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2° du I du présent article.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 6 : Constitution, groupement de caisses et délégations

Section 1 : Constitution.

Article L216-1

Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle et les caisses d'allocations familiales sont constituées et fonctionnent conformément aux dispositions du présent code et des textes pris pour son application.

Elles disposent dans les conditions prévues par le présent code des dons et legs reçus par elles.

Section 2 : Groupement de caisses, délégations de missions et d'activités.

Article L216-2

Dans chaque département où existent plusieurs caisses primaires d'assurance maladie, plusieurs caisses d'allocations familiales ou plusieurs unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, le conseil ou le conseil d'administration de la caisse nationale compétente ou celui de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut désigner parmi elles une caisse ou une union habilitée à assumer des missions communes.

Dans les départements comportant plus de trois organismes de même nature, l'habilitation prévue ci-dessus peut être accordée à plusieurs caisses ou unions.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L216-3

Les organismes locaux, régionaux et nationaux du régime général peuvent se grouper en unions ou fédérations en vue de créer des oeuvres et des services communs ou d'assumer des missions communes.

Les unions ou fédérations ne sont autorisées à fonctionner qu'après approbation de leurs statuts par l'autorité compétente de l'Etat.

Les unions ou fédérations sont constituées et fonctionnent dans les conditions fixées à l'article L. 216-1.

Section 2 bis : Caisse commune de sécurité sociale.

Article L216-4

Des organismes locaux du régime général de sécurité sociale des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts peuvent, sur l'initiative de leurs conseils et conseils d'administration, proposer la création, à titre expérimental pour une durée de cinq ans, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés. Cette caisse est créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés.

Article L216-5

La caisse commune de sécurité sociale créée à titre expérimental est dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil est composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et d'employeurs et de travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives ainsi que, selon les missions exercées par la caisse commune :

1° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;

2° De représentants des associations familiales ;

3° De représentants d'institutions désignées par l'Etat et intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ;

4° De personnes qualifiées.

Le conseil délibère et a les mêmes missions que celles définies à l'article L. 211-2-1 du présent code. Toutefois, en matière de politique d'action sanitaire et sociale, il est également tenu compte des orientations définies par la Caisse nationale d'allocations familiales.

Le directeur dirige la caisse commune et exerce les mêmes compétences que celles définies à l'article L. 211-2-2.

Article L216-6

Le directeur et l'agent comptable sont nommés et il peut être mis fin à leurs fonctions dans les conditions prévues à l'article L. 217-3-1. Toutefois, les décisions relatives à la nomination ou à la cessation de fonctions sont prises conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées. Les mêmes directeurs exercent sur cette caisse les compétences visées au douzième alinéa de l'article L. 221-3-1 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 227-3, le cas échéant par décision conjointe.

Article L216-7

A l'issue de l'expérimentation, le ministre chargé de la sécurité sociale peut constituer de manière définitive, par arrêté, une caisse commune chargée d'assurer tout ou partie des missions exercées par la caisse créée en application de l'article L. 216-4.

Cet arrêté est pris après avis du conseil de la caisse commune et des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés.

La caisse commune fonctionne conformément aux articles L. 216-5 et L. 216-6.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 7 : Dispositions communes - Dispositions d'application

Section 1 : Règlement intérieur.

Article L217-1

Toute caisse élabore un règlement intérieur relatif aux formalités que doivent remplir les intéressés pour bénéficier des prestations de l'assurance. Ce règlement est opposable aux assurés lorsqu'il a été porté à leur connaissance.

Section 2 : Dispositions diverses concernant les membres du conseil et les administrateurs des caisses.

Article L217-2

L'exercice d'une fonction rémunérée par une caisse est interdit aux anciens membres du conseil ou administrateurs de ces organismes autres que les représentants du personnel pendant un délai de quatre ans à dater de la cessation de leurs fonctions de membres du conseil ou administrateurs.

Cette interdiction ne s'applique ni aux salariés des fédérations nationales de caisses de sécurité sociale ou d'allocations familiales, ni aux personnes qui, avant l'exercice de leur mandat de membre du conseil ou d'administrateurs, étaient salariés d'un organisme de sécurité sociale.

Section 4 : Dispositions relatives aux agents de direction

Article L217-3

Les directeurs et les agents comptables des organismes régionaux et locaux sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 217-3-1.

Le directeur de la caisse nationale nomme le directeur ou l'agent comptable après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné et après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il en informe préalablement le conseil d'administration de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.

Le directeur de la caisse nationale peut mettre fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables mentionnés au premier alinéa du présent article après avoir recueilli l'avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leurs fonctions.

Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leurs fonctions.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L217-3-1

Les directeurs et les agents comptables des organismes locaux et régionaux de la branche maladie sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés nomme le directeur ou l'agent comptable après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il informe préalablement le conseil de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut mettre fin à ses fonctions, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L217-4

Pour les organismes régionaux et locaux entrant dans le champ de compétence de plusieurs organismes nationaux et pour les postes de directeurs et d'agents comptables régionaux et locaux communs à plusieurs organismes nationaux, les compétences du directeur d'un organisme national définies à l'article L. 217-3 sont exercées conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées.

Article L217-5

Il est institué auprès de l'Union des caisses nationales, visée à l'article L. 224-5, un comité des carrières des agents de direction.

Ce comité est présidé par un membre de l'inspection générale des affaires sociales.

Le comité des carrières émet un avis motivé sur les nominations des directeurs et des agents comptables dans les conditions prévues à l'article L. 217-3.

Dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur, le comité a pour mission de veiller à l'évolution des carrières des directeurs et des autres agents de direction et notamment à la mobilité des directeurs entre les caisses et entre les différentes branches et organismes de recouvrement du régime général.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L217-6

Les directeurs des organismes auxquels s'appliquent les dispositions du présent titre nomment les agents de direction autres que l'agent comptable parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L217-7

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 434-2 du code du travail, la présidence des comités d'entreprise des organismes régionaux et locaux de sécurité sociale est assurée par le directeur.

Section 5 : Dispositions d'application.

Article L217-8

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les dispositions d'application des articles L. 211-2, L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2, L. 215-3 et L. 215-7.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 1er : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Article L221-1

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2 et, à cet effet, a pour rôle :

1° De veiller à l'équilibre financier de ces deux branches. A ce titre, elle établit les comptes consolidés de celles-ci, assure en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement des organismes locaux, effectue le règlement de toute opération relevant de ces branches dont la responsabilité n'est pas attribuée aux organismes locaux et est chargée de la gestion du risque ;

2° De définir et de mettre en oeuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de concourir à la détermination des recettes nécessaires au maintien de l'équilibre de cette branche selon les règles fixées par les chapitres Ier et II du titre IV du présent livre et dans le respect de la loi de financement de la sécurité sociale ;

3°) De promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L. 1413-1, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code ;

4°) D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie ;

5°) D'organiser et de diriger le contrôle médical ;

6°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses primaires d'assurance maladie, et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;

7°) De mettre en oeuvre les actions conventionnelles ;

8°) Abrogé ;

9°) D'attribuer, dans le respect des orientations définies par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, les aides prévues au dernier alinéa de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, après avis du conseil de l'union mentionnée à l'article L. 182-2 du présent code et de l'union mentionnée à l'article L. 182-4 ;

10°) De procéder, pour l'ensemble des institutions françaises de sécurité sociale intéressées, avec les institutions étrangères et les autres institutions concernées, au suivi, au recouvrement des créances et au règlement des dettes, à l'exception de celles relatives aux prestations de chômage, découlant de l'application des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale ;

11°) De participer au financement des actions mentionnées à l'article L. 1114-5 du code de la santé publique ;

12° De se prononcer sur l'opportunité, pour les organismes mentionnés aux articles L. 211-1, L. 215-1 et L. 752-4 du présent code, de porter les litiges devant la Cour de cassation.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie chaque année un rapport d'activité et de gestion, qui comporte des données présentées par sexe, en particulier sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Article L221-1-2

Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds des actions conventionnelles.

I. - Les ressources de ce fonds sont celles qui lui sont spécifiquement affectées par les parties conventionnelles.

II. - Pour les médecins libéraux, le fonds peut participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures mentionnées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds peut financer le développement professionnel continu et participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation.

III.-A l'exception des décisions relatives au développement professionnel continu, les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou à l'accord mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1, dans des conditions déterminées par ces conventions ou cet accord. Les décisions de financement relatives au développement professionnel continu sont prises par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

IV.-Les conditions d'application du présent article sont définies par décret.

Article L221-2

La caisse nationale de l'assurance maladie est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.

La caisse nationale est dotée d'un conseil et d'un directeur général.

Article L221-3

Le conseil est composé :

- 1° D'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;
- 2° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;
- 3° De représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ;
- 4° De personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Le conseil est majoritairement composé de représentants visés au deuxième alinéa.

Siègent également avec voix consultative des représentants du personnel élus.

Le conseil élit en son sein son président dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les organisations et institutions mentionnées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas désignent pour chaque siège un membre titulaire et un membre suppléant. En cas de démission, d'empêchement ou de décès d'un membre, titulaire ou suppléant, un membre est désigné en remplacement pour la durée du mandat restant à courir.

Le directeur général assiste aux séances du conseil. Le conseil a pour rôle de déterminer :

- 1° Les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en oeuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins ;
- 2° Les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en oeuvre ;
- 3° Les propositions prévues à l'article L. 111-11 relatives à l'évolution des charges et des produits de la caisse ;
- 4° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 ;
- 5° Les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ;
- 6° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;
- 7° Les axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé, dans le respect des guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute Autorité de santé ;
- 8° Les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions ;

9° Les budgets nationaux de gestion et d'intervention.

Le directeur général prépare les orientations mentionnées au treizième alinéa, les propositions mentionnées au quatorzième alinéa et les budgets prévus au vingtième alinéa en vue de leur approbation par le conseil. Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé, demander au directeur général un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.

Le président du conseil et le directeur général signent la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1.

Le directeur général met en oeuvre les orientations fixées par le conseil et le tient périodiquement informé. Le conseil formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement.

Le conseil procède aux désignations nécessaires à la représentation de la caisse dans les instances ou organismes européens ou internationaux au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

Le conseil peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à l'assurance maladie.

Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.

Le conseil se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement. Elle est également de droit sur demande de la moitié des membres du conseil. Le président fixe l'ordre du jour. En cas de partage des voix, il a voix prépondérante.

Les modalités de mise en oeuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par voie réglementaire.

Article L221-3-1

Le conseil, saisi pour avis par le ministre chargé de la sécurité sociale, peut à la majorité des deux tiers de ses membres s'opposer à la proposition de nomination du directeur général.

Le directeur général est nommé par décret pour une durée de cinq ans. Avant ce terme, il ne peut être mis fin à ses fonctions qu'après avis favorable du conseil à la majorité des deux tiers.

Le directeur général dirige l'établissement et a autorité sur le réseau des caisses locales. Il est responsable de leur bon fonctionnement. A ce titre, il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

Il négocie et signe la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1 ainsi que les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 227-3.

Il est notamment chargé pour ce qui concerne la gestion de la caisse nationale et du réseau des caisses régionales, locales et de leurs groupements :

1° De prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse nationale, à sa gestion administrative, financière et immobilière, et dans le cadre de cette gestion de contracter, le cas échéant, des emprunts ;

2° D'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention et les budgets des différents fonds, de conclure au nom de la caisse toute convention et d'en contrôler la bonne application ;

3° De prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au pilotage du réseau des caisses du régime général ; il peut notamment définir les circonscriptions d'intervention des organismes locaux, prendre les décisions prévues aux articles L. 224-11, L. 224-12, L. 224-13 et L. 281-2, et confier à certains organismes, à l'échelon national, interrégional, régional ou départemental, la charge d'assumer certaines missions ;

4° D'assurer pour les systèmes d'information les responsabilités prévues à l'article L. 161-28.

Le directeur général prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Il informe dans les meilleurs délais, outre le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte visé à l'article L. 114-4-1 des circonstances imprévues susceptibles d'entraîner un dépassement de ces objectifs.

Le directeur général représente la caisse nationale en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés, conventions et transactions au sens de l'article 2044 du code civil, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.

Dans le cadre de l'exercice de ses missions, le directeur général peut suspendre ou annuler toute délibération ou décision prise par une caisse locale qui méconnaîtrait les dispositions de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1 ou du contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.

Le directeur général rend compte au conseil de la gestion de la caisse nationale et du réseau après la clôture de chaque exercice.

Il rend également compte périodiquement au conseil de la mise en oeuvre des orientations définies par ce dernier.

Article L221-3-2

Tout financement par l'assurance maladie, sous forme de subvention ou de dotation, d'un organisme intervenant dans le champ de l'assurance maladie, à l'exclusion des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, donne lieu à une convention entre l'assurance maladie et l'organisme bénéficiaire.

Article L221-4

Sous réserve des dispositions particulières applicables à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la commission mentionnée à l'article L. 221-5 exerce pour cette branche les compétences dévolues au conseil mentionné à l'article L. 221-3, notamment pour les missions définies au 2° de l'article L. 221-1.

Un décret détermine les conditions dans lesquelles la commission est consultée pour les affaires communes aux deux branches.

Les dispositions relatives au fonctionnement du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont applicables à cette commission.

Article L221-5

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend pour moitié des représentants des assurés sociaux et pour moitié des représentants des employeurs.

Cinq membres sont choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de chacune des organisations syndicales nationales qui y sont représentées, parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.

Cinq membres sont choisis par les représentants des employeurs à ce conseil parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.

Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

Le mandat des membres de la commission est renouvelé en même temps que celui des membres du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 2 : Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

Article L222-1

La Caisse nationale d'assurance vieillesse a pour rôle :

- 1° D'assurer le financement des prestations d'assurance retraite et d'assurance veuvage du régime général ;
- 2° De définir les orientations de la gestion de l'assurance retraite des travailleurs salariés, et d'en assurer la coordination ;
- 3° D'exercer un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et sur les caisses générales de sécurité sociale concernant leurs attributions en matière de vieillesse ;
- 4° D'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des travailleurs salariés après consultation de son conseil d'administration ;
- 5° De proposer, par l'intermédiaire de son conseil d'administration, toute mesure, notamment dans le cadre de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui lui paraît nécessaire pour garantir dans la durée l'équilibre financier de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;
- 6° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, et des caisses générales de sécurité sociale.

Les propositions et les avis qu'elle émet sont rendus publics.

Article L222-1-1

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés exerce, pour la région Ile-de-France, les missions fixées aux 1° et, pour ce qui la concerne, 3° de l'article L. 215-1.

Article L222-2

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés assure la gestion de l'assurance veuvage.

Les prestations de l'assurance veuvage sont versées par les organismes qui assurent le service des pensions de vieillesse.

Article L222-3

La caisse nationale peut faire appel au concours des caisses régionales et des caisses primaires pour l'exécution de certaines missions se situant sur le plan local.

Article L222-4

La caisse nationale est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.

Article L222-5

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est administrée par un conseil d'administration de trente membres comprenant :

1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

3° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance vieillesse et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

Siègent également, avec voix consultative :

1° Une personne désignée par l'Union nationale des associations familiales ;

2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Article L222-6

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés peut intervenir pour la partie des prestations servies par des régimes spéciaux existant avant le 6 octobre 1945, équivalente aux prestations d'assurance vieillesse servies aux travailleurs salariés du régime général.

Elle passe une convention financière avec la personne morale en charge de la gestion du risque vieillesse au sein du régime spécial. Les dispositions prévues au premier alinéa ne peuvent entrer en application que si l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale conclut parallèlement une convention financière avec la même personne morale, dans des conditions prévues à l'article L. 225-1-2.

Cette convention est soumise à l'approbation des ministres de tutelle des régimes de sécurité sociale concernés.

L'opération définie au premier alinéa constitue un adossement de la branche vieillesse d'un régime spécial sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Elle fait l'objet, préalablement à la signature de la convention, d'une information appropriée des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat en charge des affaires sociales ainsi que des autres commissions concernées, qui disposent d'un délai raisonnable pour évaluer les documents qui leur sont transmis. L'information préalable du Parlement porte sur les modalités des opérations d'adossement, qu'elles soient réalisées par voie législative ou réglementaire.

Les commissions saisies au fond du projet de loi de financement de la sécurité sociale agissent dans le cadre de leurs prérogatives de suivi et de contrôle énoncées aux articles LO 111-9 et LO 111-10.

Article L222-7

L'adossement d'un régime de retraite spécial ou de tout autre régime de retraite sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est réalisé conformément aux dispositions de l'article L. 222-6 et respecte le principe de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général.

La personne morale en charge, pour le régime adossé, de la gestion du risque vieillesse présente chaque année, dans le cadre de son rapport public annuel, l'ensemble des informations démographiques, financières et économiques permettant d'apprécier le respect du principe de stricte neutralité de l'adossement à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et des fédérations d'institutions de retraite complémentaire.

La personne morale en charge, pour le régime adossé, de la gestion du risque vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et les fédérations d'institutions de retraite complémentaire établissent un rapport sur la neutralité du dispositif d'adossement à l'égard des assurés sociaux relevant du régime général et des régimes de retraite complémentaire. A compter de la date d'entrée en vigueur de l'adossement, ces rapports sont adressés tous les cinq ans au Parlement.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 3 : Caisse nationale des allocations familiales

Article L223-1

La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle :

- 1°) D'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales ;
- 2°) De gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ;
- 3°) D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;
- 4°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'allocations familiales et des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat ;
- 5°) De rembourser les sommes correspondant au service par le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;
- 6°) D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par les articles L. 331-8, L. 615-19-2 et L. 722-8-3 du présent code, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le dernier alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ;
- 7°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;
- 8°) D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de

la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret.

Article L223-2

La Caisse nationale des allocations familiales est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.

Article L223-3

La Caisse nationale des allocations familiales est administrée par un conseil d'administration de trente-cinq membres comprenant :

1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Treize représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

- dix représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ;

3° Cinq représentants des associations familiales désignés par l'Union nationale des associations familiales ;

4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Article L223-4

En cas d'adossment d'un régime de retraite spécial sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés réalisé dans les conditions prévues à l'article L. 222-6, le principe de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général posé par l'article L. 222-7 s'applique

également à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale des allocations familiales pour le calcul de la participation mentionnée au 5° de l'article L. 223-1.

Les rapports établis en application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 222-7 mentionnent les éléments d'information démographiques, financiers et économiques permettant d'apprécier le respect du principe de stricte neutralité de l'adossment à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale des allocations familiales.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 4 : Dispositions communes aux caisses nationales et à l'agence centrale

Article L224-1

Le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ainsi que de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent déléguer certaines de leurs attributions à des commissions comprenant des personnalités n'appartenant pas aux conseils et ayant la qualité de membres du conseil ou d'administrateurs de caisse primaire d'assurance maladie, de caisse d'allocations familiales, d'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou encore, en ce qui concerne les accidents du travail, de membres des comités techniques nationaux mentionnés à l'article L. 422-1.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles de constitution de ces commissions et le mode de désignation de leurs membres par le conseil ou les conseils d'administration des caisses nationales intéressées.

Article L224-3

Le directeur de chaque caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale représente la caisse ou l'agence en justice et dans les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à cet effet à certains agents de la caisse ou de l'agence.

Article L224-4

Les représentants des trois caisses nationales des allocations familiales, de l'assurance maladie, d'assurance vieillesse et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale disposent d'un droit d'inspection sur les organismes qui relèvent de ces caisses ou de l'agence.

Article L224-5

L'Union des caisses nationales de sécurité sociale, union nationale au sens de l'article L. 216-3, assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales prévues aux articles L. 123-1 et L. 123-2.

Elle évalue, coordonne et participe à la mise en oeuvre des politiques de formation du personnel. Elle assure le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général. Elle promeut la sécurité et la santé au travail.

Elle peut assurer la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, des organismes locaux du régime général, de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Elle peut se voir confier par l'Etat, les caisses nationales du régime général ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. Elle peut également passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières.

Elle assure la gestion administrative et comptable du fonds mentionné à l'article L. 114-24.

Article L224-5-1

L'union est dotée d'un conseil d'orientation composé :

- d'une part, des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et, en nombre égal, des représentants d'employeurs désignés par des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;
- d'autre part, du président et du vice-président des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale qui ne peuvent appartenir au même collège.

Les membres du conseil d'orientation sont désignés pour une durée de cinq ans.

Le conseil d'orientation élit en son sein son président.

Le directeur et le président du comité exécutif des directeurs prévu à l'article L. 224-5-2 assistent aux séances du conseil.

Le conseil d'orientation définit les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Dans le cadre de ces orientations générales, il arrête le programme de la négociation collective sur proposition du comité exécutif des directeurs.

Il donne son avis sur les orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 224-5-5.

Il donne son avis sur le rapport d'activité de l'union.

Il nomme le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.

Il approuve le budget annuel de gestion administrative sur proposition du comité exécutif des directeurs.

Il établit son règlement intérieur.

Il adopte et modifie les statuts de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.

Sous réserve de l'agrément ministériel, les accords collectifs nationaux deviennent exécutoires à l'expiration d'un délai d'un mois pendant lequel le conseil d'orientation peut s'y opposer à la majorité des trois quarts de ses membres désignés. A la même majorité le comité peut demander l'évocation d'un sujet pendant la négociation d'un accord collectif national.

Article L224-5-2

L'union est dotée d'un comité exécutif des directeurs composé du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des directeurs, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de quatre directeurs d'organismes régionaux ou locaux de sécurité sociale du régime général désignés dans des conditions fixées par décret.

Le comité exécutif peut s'adjoindre deux personnes qualifiées.

Le comité élit en son sein un président parmi les directeurs d'organismes. En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante.

Le comité peut constituer en son sein des commissions.

Le directeur de l'union assiste aux séances du comité.

Le comité a notamment pour rôle :

1° D'élaborer le budget de gestion administrative et de prendre toute décision budgétaire, à l'exception de celles prévues à l'article L. 224-5-1 ;

2° De proposer au conseil d'orientation la nomination du directeur, du directeur adjoint et de l'agent comptable ;

2° bis De déterminer, pour la conclusion de la convention mentionnée à l'article L. 224-5-5, les orientations pluriannuelles relatives aux missions de l'union ainsi que l'ensemble des moyens nécessaires à la réalisation de ces orientations ;

3° D'élaborer, après concertation avec les fédérations syndicales, le programme de la négociation collective proposé au conseil d'orientation ;

4° De donner mandat au directeur pour négocier et conclure des accords collectifs nationaux. Le directeur informe le comité de l'état de la négociation ;

5° De mettre en place dans des conditions définies par négociation avec les fédérations signataires de la convention collective nationale une instance nationale de concertation réunissant les caisses nationales et ces fédérations consultée, au moins une fois par an, sur toutes les questions institutionnelles ayant un impact sur l'organisation du travail et l'emploi, notamment à l'occasion de l'élaboration des conventions d'objectifs et de gestion, des plans stratégiques de branche, des projets nationaux et schémas directeurs informatiques.

Article L224-5-3

Par dérogation aux articles L. 123-1 et L. 123-2, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale s'appliquent de plein droit dès lors qu'ils sont d'application automatique d'un accord collectif national.

Dans les établissements de santé, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ne s'imposent pas à l'autorité de tarification.

Article L224-5-4

Sous réserve des dispositions des articles L. 224-5 à L. 224-5-3, l'Union des caisses nationales de sécurité sociale est régie par les dispositions du présent livre, et notamment les articles L. 224-3, L. 224-10 et L. 281-3.

Article L224-5-5

Une convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale détermine les orientations pluriannuelles liées à la mise en oeuvre des missions confiées à l'union.

Cette convention détermine également les moyens de fonctionnement dont l'union dispose et fixe les règles de calcul et d'évolution de son budget. Elle prévoit les indicateurs associés aux objectifs fixés. Elle précise les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution, notamment pour tenir compte du renouvellement des conventions mentionnées à l'article L. 227-1.

La convention est signée par le président du conseil d'orientation, le président du comité exécutif et le directeur de l'union.

La convention, conclue pour une durée minimale de quatre ans, et, le cas échéant, les avenants qui la modifient sont transmis aux commissions parlementaires mentionnées à l'article LO 111-9.

Article L224-5-6

Les caisses nationales du régime général et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale concluent chacune avec l'Union des caisses nationales de sécurité sociale une convention précisant leurs objectifs et leurs engagements réciproques pour la réalisation des missions de l'union. Cette convention est signée par le directeur général ou le directeur de chaque caisse nationale et de l'agence centrale et, pour l'union, par le président du comité exécutif et le directeur. Elle est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale.

Article L224-6

Les modalités spécifiques de tutelle et de fonctionnement de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont fixées, en tant que de besoin, par décret.

Article L224-7

Le personnel des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales, d'assurance vieillesse et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale comprend :

1°) Des agents régis par le statut général de la fonction publique ;

2°) Des agents soumis à un statut de droit public fixé par décret ;

3°) Des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Les praticiens-conseils du service du contrôle médical sont des agents de la caisse nationale de l'assurance maladie.

Article L224-8

Les agents des organismes de sécurité sociale nommés dans un emploi d'agent soumis à un statut de droit public ou éventuellement de droit privé de l'un des organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 224-7 [*caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales, de l'assurance vieillesse et de l'agence centrale*], peuvent opter pour le maintien de leur rattachement au régime de la convention collective qui leur est applicable, dans les conditions et limites fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Article L224-9

Les articles L. 231-5 et L. 281-3 sont applicables au conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et aux conseils d'administration, de la caisse nationale des allocations familiales, de la caisse nationale d'assurance vieillesse et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, ainsi qu'aux membres desdits conseils d'administration.

Article L224-10

Les délibérations du conseil et de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des conseils d'administration, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ainsi que du conseil d'orientation et du comité exécutif des directeurs de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, à l'exception de celles qui, en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, doivent être soumises à approbation, ne deviennent exécutoires

que s'il n'y a pas opposition des autorités compétentes de l'Etat dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat.

Les décisions du conseil, des conseils d'administration, du conseil d'orientation ou du comité exécutif des directeurs prises en application des conventions d'objectifs et de gestion, y compris celles relatives aux budgets de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'allocations familiales, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont exécutoires de plein droit vingt jours après la réception des délibérations par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sauf opposition motivée de l'un ou l'autre d'entre eux.

A défaut de signature de la convention avant le 1er janvier de la première année de sa mise en oeuvre, les dispositions du premier alinéa du présent article s'appliquent.

Article L224-11

Les organismes nationaux peuvent prescrire aux organismes de base mentionnés au titre Ier du livre II toutes mesures tendant à améliorer leur gestion ou à garantir le respect des dispositions prévues à l'article L. 224-13. Au cas où ces prescriptions ne sont pas suivies, l'organisme national peut mettre en demeure l'organisme de base de prendre, dans un délai déterminé, toutes mesures de redressement utiles. En cas de carence, l'organisme national peut se substituer à l'organisme de base et ordonner la mise en application des mesures qu'il estime nécessaires pour rétablir la situation de cet organisme.

Article L224-12

Les caisses nationales, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale peuvent passer, pour leur propre compte, celui des organismes locaux et celui des agences régionales de santé, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par les caisses nationales, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, les organismes locaux ou les agences régionales de santé.

Article L224-13

Les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assurent le financement des dépenses budgétaires prévues par les articles L. 225-6, L. 251-1, L. 251-6 et L. 251-8. Elles procèdent à la répartition des dotations nécessaires au financement de ces dépenses. Elles approuvent les budgets établis à cet effet par les organismes mentionnés au titre Ier du livre II dans les conditions prévues à l'article L. 153-2. Elles établissent et mettent en oeuvre des schémas directeurs informatiques en vue d'assurer une coordination au sein des branches qu'elles gèrent ou de l'organisation des organismes de recouvrement. Elles contrôlent la compatibilité de l'informatique locale avec ce schéma.

Article L224-14

Les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2, L. 222-4 et L. 223-2 mettent en oeuvre ou coordonnent des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elles peuvent à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations.

Elles peuvent requérir la participation de leurs organismes régionaux et locaux à ces actions.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 5 : Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Section 1 : Missions de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Article L225-1

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches gérées par la Caisse nationale des allocations familiales, par la Caisse nationale de l'assurance maladie et par la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, dans les conditions fixées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés.

En vue de clarifier la gestion des branches du régime général, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque branche par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque branche.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions de placement des excédents de trésorerie globalement constatés pour l'ensemble des branches mentionnées au premier alinéa.

Article L225-1-1

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également chargée :

1° D'exercer un pouvoir de direction et de contrôle sur les unions de recouvrement en matière de gestion de trésorerie ;

2° De définir ses orientations en matière de contrôle et de recouvrement des cotisations et des contributions de sécurité sociale ainsi que de coordonner et de vérifier leur mise en oeuvre par les organismes locaux ;

2° bis De coordonner ses orientations en matière de recouvrement contentieux des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, au titre de leurs salariés, avec celles définies, en application du I de l'article L. 133-6-4, par le régime social des indépendants pour leurs cotisations et contributions sociales personnelles ;

3° Dans les cas prévus par la loi, de recouvrer directement des cotisations et des contributions ; ce recouvrement s'effectue sous les garanties et sanctions applicables aux cotisations du régime général en vertu des chapitres II, III, IV et V du titre IV du livre Ier et des chapitres III et IV du titre IV du présent livre ;

3° bis D'assurer l'application homogène des lois et des règlements relatifs aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale recouvrées par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 ;

3° ter D'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et à porter les litiges devant la Cour de cassation ;

3° quater D'harmoniser les positions prises par les organismes de recouvrement en application des dispositions de l'article L. 243-6-1 ;

3° quinquies D'initier et de coordonner des actions concertées de contrôle et de recouvrement menées par les organismes de recouvrement. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut requérir la participation des organismes de recouvrement à ces actions ;

4° De recevoir, sauf disposition contraire, le produit des cotisations et contributions recouvrées par des tiers. Un décret en Conseil d'Etat fixe les garanties et sanctions applicables en la matière ; ces garanties et sanctions ne sont pas applicables à l'Etat ;

5° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des cotisations d'allocations familiales, des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que des unions et fédérations desdits organismes, et d'en transférer le produit vers les organismes du régime général, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse nationale du régime social des indépendants, ainsi que d'en opérer le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi qu'aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat ;

5° bis De gérer, pour le compte des régimes de sécurité sociale et fonds concernés, la répartition des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 ;

6° De contrôler les opérations immobilières des unions de recouvrement et la gestion de leur patrimoine immobilier.

Article L225-1-2

Lorsque la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés passe une convention financière en application de l'article L. 222-6, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut parallèlement conclure une convention financière avec la personne morale en charge de la gestion du risque vieillesse au sein du régime spécial.

La conclusion de cette convention conditionne l'entrée en application du premier alinéa de l'article L. 222-6.

Cette convention est soumise à l'approbation des ministres de tutelle des régimes de sécurité sociale concernés.

Article L225-1-3

Les régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi que les organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO 111-4 peuvent déposer, contre rémunération, tout ou partie de leurs disponibilités auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les modalités du dépôt sont fixées par une convention qui est soumise à l'approbation des ministres de tutelle de l'agence et du régime, de l'organisme ou du fonds concerné.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article. ;

Article L225-1-4

Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article LO 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut :

1° Consentir, contre rémunération, des prêts et avances d'une durée inférieure à douze mois au régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et au régime d'assurance vieillesse du régime spécial de sécurité sociale dans les mines ;

2° A titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article LO 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.

Pour déterminer les conditions de chacune des avances mentionnées aux 1° et 2°, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Section 2 : Organisation et moyens de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale *ACOSS*

Article L225-2

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.

Article L225-3

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est administrée par un conseil d'administration de trente membres comprenant :

1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Treize représentants des employeurs et des travailleurs indépendants à raison de :

- dix représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ;

3° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des unions de recouvrement et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Article L225-4

Les caisses de sécurité sociale communiquent à l'agence centrale toute information nécessaire à l'exercice de la mission qui lui est confiée à l'article L. 225-1.

Article L225-6

Les ressources nécessaires au financement du fonds national de gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 6 : Dispositions relatives aux agents de direction des organismes nationaux

Article L226-1

Le directeur de chaque caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est nommé par l'autorité compétente de l'Etat après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné sous réserve des dispositions des premier et deuxième alinéas de l'article L. 221-3-1.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 7 : Dispositions relatives aux conventions d'objectifs et de gestion

Article L227-1

I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

Ces conventions déterminent, pour les branches mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 et pour les organismes de recouvrement, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.

Elles précisent :

1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;

2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

2° bis Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ;

3° Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ;

4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et, s'il y a lieu, d'action sanitaire et sociale et de prévention ;

5° Le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.

Ces conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

Elles déterminent également :

1° Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;

2° Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

II. (Paragraphe abrogé)

III. - Les conventions d'objectifs et de gestion sont conclues pour une période minimale de quatre ans.

Les conventions et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis aux commissions parlementaires mentionnées à l'article LO. 111-9.

Article L227-2

Les conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, en ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion relative à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article L227-3

La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux. Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil ou du conseil d'administration ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur général et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil ou du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné.

Toutefois, pour les organismes de la branche maladie, ces contrats sont signés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et le directeur de l'organisme concerné.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 8 : Institut national de formation

Article L228-1

I.-L'Institut national de formation est une union nationale au sens de l'article L. 216-3 et est régi par le présent livre, sous réserve du présent chapitre.

II.-Dans le cadre de la politique définie par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, l'institut a pour missions d'intérêt général :

1° De concevoir et de mettre en œuvre des actions de formation et de perfectionnement des personnels des organismes de sécurité sociale mentionnés au présent livre, à l'exception de ceux mentionnés à l'article L. 123-3 ;

2° De dispenser, sans préjudice des dispositions de l'article L. 123-3, des formations au personnel d'encadrement des organismes de sécurité sociale ;

3° De réaliser les formations institutionnelles spécifiques au service public de la sécurité sociale pour les organismes du régime général ;

4° De concevoir et de délivrer toute autre offre de formation aux organismes du régime général ainsi qu'à tout autre organisme de protection sociale ou toute institution ayant des sujets d'intérêt public commun avec la sécurité sociale.

III.-L'Institut national de formation peut assurer la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de sécurité sociale et de tout organisme employant des agents régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Il peut également passer des accords-cadres selon les règles prévues à l'article L. 224-12.

IV.-Le financement de l'Institut national de formation est assuré :

1° Par des fonds ou dotations en provenance de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ou de toute autre caisse nationale du régime général ;

2° Par la rémunération des services rendus ;

3° Par toute autre source de financement.

V.-Un décret prévoit les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de contrôle et de tutelle exercées par l'Etat et l'Union nationale des caisses de sécurité sociale sur cet organisme, la

composition et le fonctionnement de son conseil d'administration, ainsi que les modalités de nomination de son directeur et agent comptable.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 3 : Dispositions communes à toutes les caisses

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux conseils ou aux conseils d'administration

Section 1 : Composition des conseils ou des conseils d'administration

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L231-1

Le conseil et les conseils d'administration des caisses nationales et de l'agence centrale mentionnés aux articles L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3 et la commission mentionnée à l'article L. 221-5 comprennent autant de femmes que d'hommes. Lorsque le nombre de membres est impair, l'écart entre les hommes et les femmes n'est pas supérieur à un. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles il est procédé aux désignations pour garantir cet objectif.

Article L231-3

I. - Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil ou au conseil d'administration des organismes de sécurité sociale mentionnés aux titres Ier et II du présent livre désigne un nombre égal de membres du conseil ou d'administrateurs suppléants.

Les suppléants sont appelés à siéger au conseil ou au conseil d'administration en l'absence des titulaires et à remplacer ceux dont le siège deviendrait vacant. Le nombre de suppléants est égal au nombre de titulaires. Le suppléant appelé à remplacer le titulaire qui siège au sein du conseil d'administration ou du conseil d'une caisse nationale est du même sexe que celui-ci. Lorsque le siège d'un de ses représentants titulaire ou suppléant devient vacant, l'organisation nationale concernée désigne un ou plusieurs nouveaux représentants. Ces nouveaux représentants siègent jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble des conseils et des conseils d'administration.

II. - Les fonctions de suppléant des représentants du personnel sont exercées par les candidats venant sur la liste immédiatement après le dernier candidat élu de cette liste.

Article L231-4

En cas de dissolution du conseil ou du conseil d'administration d'un organisme du régime général de sécurité sociale au cours des quatre premières années suivant sa désignation, il est procédé à de nouvelles désignations pour la durée du mandat restant à courir jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble des conseils ou des conseils d'administration.

Article L231-5

Le membre du conseil ou l'administrateur révoqué ne peut être désigné à ces mêmes fonctions pendant une durée de quatre ans à dater de l'arrêté de révocation.

En cas de dissolution d'un conseil ou d'un conseil d'administration, les membres dudit conseil ne peuvent être désignés aux mêmes fonctions avant l'expiration d'un délai de quatre ans.

Article L231-5-1

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3.

Sous-section 2 : Règles applicables pour la désignation des membres du conseil et des administrateurs

Article L231-6

Les membres des conseils ou des conseils d'administration doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de soixante-cinq ans au plus à la date de leur nomination, n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations mentionnées aux articles L. 6 et L. 7 du code électoral et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle prononcée en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou dans les cinq années précédant la date susmentionnée à une peine contraventionnelle prononcée en application de ce code.

Toutefois la limite d'âge de soixante-cinq ans n'est pas applicable aux membres du conseil ou administrateurs représentants des retraités désignés au titre des personnes qualifiées.

Article L231-6-1

Ne peuvent être désignés comme membre du conseil ou administrateur ou perdent le bénéfice de leur mandat :

1° Les assurés volontaires, les assurés personnels, les employeurs et les travailleurs indépendants qui n'ont pas satisfait à leurs obligations à l'égard des organismes de recouvrement de sécurité sociale dont ils relèvent ;

2° Les membres du personnel des organismes du régime général de sécurité sociale, de leurs unions, fédérations ou de leurs établissements, ainsi que les anciens membres qui ont cessé leur activité depuis moins de cinq ans, s'ils exerçaient une fonction de direction dans la branche pour laquelle ils sollicitent un mandat, ou qui ont fait l'objet depuis moins de dix ans d'un licenciement pour motif disciplinaire ;

3° Au conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, les agents des sections locales de la caisse dont ils assurent une partie des attributions ;

4° Les agents exerçant effectivement, ou ayant cessé d'exercer depuis moins de cinq ans, dans le cadre de leurs attributions, des fonctions de contrôle ou de tutelle sur l'organisme concerné ;

5° Dans le ressort de l'organisme de sécurité sociale :

a) Pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses primaires d'assurance maladie :

-les personnes qui exercent des fonctions de direction dans un établissement public de santé ou des fonctions de direction ou un mandat d'administrateur dans un établissement de santé privé à but lucratif ou non lucratif ;

-les personnes qui produisent, offrent ou délivrent des soins, des biens ou des services médicaux donnant lieu à prise en charge par l'assurance maladie, ainsi que les mandataires d'organisations représentant les professions de ces personnes ;

b) Les personnes, salariées ou non, exerçant les fonctions d'administrateur, de directeur ou de gérant d'une entreprise, institution ou association à but lucratif, qui bénéficient d'un concours financier de la part de l'organisme de sécurité sociale, ou qui participent à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

c) Les personnes qui perçoivent, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part d'un organisme du régime général de sécurité sociale ;

d) Les personnes qui, dans l'exercice de leur activité professionnelle, plaident, consultent pour ou contre l'organisme où elles siègent, ou effectuent des expertises pour l'application de la législation de sécurité sociale à des ressortissants dudit organisme.

Perdent également le bénéfice de leur mandat :

1° Les personnes qui cessent d'appartenir à l'organisation qui a procédé à leur désignation au sein d'un conseil ou d'un conseil d'administration ;

2° Les personnes dont le remplacement est demandé par l'organisation qui a procédé à leur désignation.

Section 2 : Fonctionnement.

Article L231-7

Le président et, le cas échéant, le ou les vice-présidents de chacun des conseils ou conseils d'administration des caisses locales et des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale sont élus par les membres du conseil ou du conseil d'administration.

Les personnes qualifiées ne sont ni électeurs ni éligibles aux fonctions de président et de vice-président.

Les membres du conseil ou du conseil d'administration d'un organisme régional ou local créé à la suite de la fusion d'au moins deux organismes ne sont pas éligibles aux fonctions de président quand ils les ont exercées deux fois dans un des précédents conseils ou conseils d'administration de l'un de ces organismes.

Article L231-8

Le conseil ou le conseil d'administration d'une caisse siège valablement dès lors que le nombre de ses membres est supérieur à la moitié du nombre total des membres dont il est composé.

Article L231-8-1

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme, à l'exception de celles déléguées par lui-même ou les caisses nationales à une union ou à un groupement d'organismes.

Le conseil ou le conseil d'administration oriente et contrôle l'activité de la caisse, en se prononçant notamment sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Ces rapports comprennent au moins un rapport sur les relations avec les usagers et, à l'exception des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, un rapport sur l'action sanitaire et sociale. Au moins une séance annuelle du conseil ou du conseil d'administration est consacrée aux relations de la caisse avec les usagers. Cette séance est publique.

Le conseil ou le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation utile à son action. Le conseil des caisses primaires d'assurance maladie entend au moins deux fois par an les représentants des professions de santé.

Article L231-9

Les employeurs sont tenus de laisser aux salariés de leur entreprise, membres d'un conseil ou d'un conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale, le temps nécessaire pour se rendre et participer aux séances plénières de ce conseil ou des commissions qui en dépendent.

Le temps passé hors de l'entreprise pendant les heures de travail par les membres d'un conseil ou administrateurs salariés pour l'exercice de leurs fonctions est assimilé à une durée de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés, du droit aux prestations d'assurances sociales et aux prestations familiales ainsi qu'au regard de tous les droits que le salarié tient du fait de son ancienneté dans l'entreprise.

Les absences de l'entreprise des membres d'un conseil ou administrateurs salariés, justifiées par l'exercice de leurs fonctions, n'entraînent aucune diminution de leurs rémunérations et des avantages y afférents.

Les membres d'un conseil ou administrateurs salariés, travaillant en service continu ou discontinu posté, ont droit à un aménagement d'horaires de leur travail de façon à leur garantir un temps de repos minimum.

Un décret détermine les modalités d'indemnisation des salariés qui exercent leur activité professionnelle en dehors de tout établissement ou dépendent de plusieurs employeurs.

Article L231-10

Les employeurs sont tenus d'accorder aux salariés de leur entreprise, membres d'un conseil ou d'un conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale, sur leur demande, des autorisations d'absence pour leur permettre d'assister aux sessions de formation organisées pour l'exercice de leurs fonctions.

Les organismes de sécurité sociale peuvent assurer, dans des conditions prévues par décret, le financement de la formation des membres des conseils ou conseils d'administration des organismes de sécurité sociale pour les préparer à l'exercice de leurs fonctions.

Article L231-11

L'exercice du mandat de membre du conseil ou d'administrateur ne peut être une cause de rupture par l'employeur du contrat de travail, à peine de dommages et intérêts au profit du salarié.

Le licenciement par l'employeur d'un salarié exerçant le mandat de membre du conseil ou d'administrateur ou ayant cessé son mandat depuis moins de six mois est soumis à la procédure prévue par l'article L. 412-18 du code du travail. Il en est de même du licenciement des candidats aux mandats de membre du conseil ou d'administrateur dès la publication des candidatures et pendant une durée de trois mois.

Lorsque le membre du conseil ou l'administrateur salarié est titulaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de travail temporaire, il bénéficie des mêmes garanties et protections que celles qui sont accordées par ce même article L. 412-18 aux délégués syndicaux titulaires de tels contrats.

Dans les branches d'activité à caractère saisonnier, les délais de protection définis au deuxième alinéa du présent article sont prolongés d'une durée égale à la période habituelle.

Article L231-12

Les organismes de sécurité sociale ne peuvent, en aucun cas, allouer un traitement à leurs membres du conseil ou administrateurs. Toutefois, ils leur remboursent leurs frais de déplacement.

Ils remboursent également aux employeurs des membres du conseil ou administrateurs salariés les salaires maintenus pour leur permettre d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail ainsi que les avantages et les charges sociales y afférents.

Les membres du conseil ou administrateurs des organismes de sécurité sociale ayant la qualité de travailleur indépendant peuvent percevoir des indemnités pour perte de leurs gains, fixées par arrêté ministériel.

Section 3 : Disposition d'application.

Article L231-13

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 231-2 à L. 231-4 et L. 231-6 à L. 231-8.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 1er : Généralités

Section 1 : Maladie, maternité, invalidité, décès

Article L241-2

I.-La couverture des dépenses afférentes à la prise en charge des frais de santé mentionnés à l'article L. 160-1, des prestations mentionnées aux titres II à IV et VI du livre III, des frais de gestion et des autres charges de la branche maladie est assurée par les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées aux II à IV du présent article centralisées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui assure l'enregistrement de l'ensemble de ces opérations.

II. -Les ressources mentionnées au I sont constituées de cotisations acquittées, dans chacun des régimes :

1° Par les salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que par leurs employeurs. Ces cotisations sont assises sur les rémunérations perçues par ces salariés ;

2° Par les travailleurs indépendants des professions non agricoles et des personnes non salariées des professions agricoles ;

3° Par les personnes mentionnées aux articles L. 380-2 et L. 380-3-1.

III.-Les ressources mentionnées au I du présent article sont constituées, en outre, de cotisations assises sur :

1° Les avantages de retraite, soit qu'ils aient été financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur, soit qu'ils aient donné lieu à rachat de cotisations ainsi que les avantages de retraite versés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ;

2° Les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2.

IV. - Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont à la charge des employeurs et des travailleurs salariés et personnes assimilées ainsi que des titulaires des avantages de retraite et des allocations et revenus de remplacement mentionnés aux 1° et 2° du présent article.

Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

1° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8, dans les conditions fixées par ce même article ;

2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3 ;

3° Une fraction égale à 7,19 % du produit de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire, déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires ;

4° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 ;

5° Une fraction des prélèvements sur les jeux et paris prévus aux articles L. 137-20, L. 137-21 et L. 137-22 ;

6° Les contributions prévues aux articles L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 ;

7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 O et 1600-0 R du code général des impôts et les droits perçus au titre des articles 1635 bis AE, 1635 bis AF, 1635 bis AG et 1635 bis AH du même code et de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique ;

8° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ;

9° La fraction du produit de la contribution sociale généralisée mentionnée au 4° du IV de l'article L. 136-8.

Section 1 bis : Vieillesse.-Veuvage

Article L241-3

La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par une contribution du fonds institué par l'article L. 131-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2, par une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, par les contributions prévues aux articles L. 137-10, L. 137-12 et L. 137-15, par une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 245-13 et L. 651-1, fixée à l'article L. 651-2-1 et par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret. Le montant du plafond, calculé selon les règles fixées par ce décret, est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces cotisations dont le taux est fixé par décret, sont pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés ministériels pour certaines catégories de salariés ou assimilés.

La couverture des charges de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage est également assurée par des cotisations à la charge des employeurs et des salariés et assises sur la totalité des rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

Le recouvrement des cotisations mentionnées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.

Article L241-3-1

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 241-3, en cas d'emploi exercé à temps partiel au sens de l'article L. 212-4-2 du code du travail ou, dans des conditions fixées par décret, en cas d'emploi dont la rémunération ne peut être déterminée selon un nombre d'heures travaillées, l'assiette des cotisations destinées à financer l'assurance vieillesse peut être maintenue à la hauteur du salaire correspondant à son activité exercée à temps plein. La part salariale correspondant à ce supplément d'assiette n'est pas assimilable, en cas de prise en charge par l'employeur, à une rémunération au sens de l'article L. 242-1. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'exercice de cette disposition par les employeurs. Un décret en Conseil d'Etat fixe le taux de ces cotisations.

Article L241-3-2

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 241-3, en cas de suspension du contrat de travail pour le bénéfice d'un congé parental d'éducation visé à l'article L. 1225-47 du code du travail, d'un congé de solidarité familiale visé à l'article L. 3142-16 du même code, d'un congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du même code et d'un congé de présence parentale visé à l'article L. 1225-62 du même code, des cotisations ou contributions destinées à financer les régimes de retraite complémentaire mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code peuvent être versées par l'employeur et le salarié dans des conditions déterminées par accord collectif. La part salariale correspondant à ces cotisations ou contributions n'est pas assimilable, en cas de prise en charge par l'employeur, à une rémunération au sens du même article L. 242-1 pour les six premiers mois de prise en charge à compter du début du congé.

Section 2 : Accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L241-5

Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont à la charge exclusive des employeurs. Elles sont assises sur les rémunérations ou gains des salariés.

Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de salariés ou assimilés.

Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération. La réduction mentionnée à l'article L. 241-13 peut s'imputer sur ces cotisations, sans pouvoir excéder un taux fixé par arrêté ministériel dans la limite du taux applicable à une entreprise où aucun accident du travail ou maladie professionnelle n'est jamais survenu.

Les ressources de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont en outre constituées par le produit de la pénalité prévue à l'article L. 4163-2 du code du travail.

Article L241-5-1

Pour tenir compte des risques particuliers encourus par les salariés mis à la disposition d'utilisateurs par les entreprises de travail temporaire, le coût de l'accident et de la maladie professionnelle définis aux articles L. 411-1 et L. 461-1 est mis, pour partie à la charge de l'entreprise utilisatrice si celle-ci, au moment de l'accident, est soumise au paiement des cotisations mentionnées à l'article L. 241-5. En cas de défaillance de cette dernière, ce coût est supporté intégralement par l'employeur. Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que le juge procède à une répartition différente, en fonction des données de l'espèce.

Les mêmes dispositions s'appliquent lorsque l'entreprise utilisatrice est une collectivité, un établissement ou une entreprise auxquels est accordée l'autorisation d'assumer la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail en vertu des articles L. 413-13 ou L. 413-14.

Dans le cas où le salarié intérimaire engage une action en responsabilité fondée sur la faute inexcusable de l'employeur, sans qu'il y ait eu mise en cause de l'entreprise utilisatrice, l'entreprise de travail temporaire est tenue d'appeler en la cause l'entreprise utilisatrice pour qu'il soit statué dans la même instance sur la demande du salarié intérimaire et sur la garantie des conséquences financières d'une reconnaissance éventuelle de faute inexcusable.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les cas et les modalités d'application du présent article et notamment la part du coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle mise à la charge de l'entreprise utilisatrice ainsi que les documents que l'entreprise de travail temporaire et l'entreprise utilisatrice doivent s'adresser, sur leur demande.

Article L241-5-2

Le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, tels que définis aux articles L. 411-1, L. 411-2 et L. 461-1 et imputables au service du salarié dans la réserve sanitaire définie au chapitre II du titre III du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique, est mis en totalité à la charge de l'Etat, selon des modalités définies par décret.

Section 3 : Prestations familiales

Article L241-6

Les charges de prestations familiales, à l'exception de l'allocation de logement familiale prévue à l'article L. 542-1, dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la Caisse nationale des allocations familiales, qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au premier alinéa comprennent :

1° Des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles et agricoles. Ces cotisations sont intégralement à la charge de l'employeur.

- 2° Des cotisations dues par les travailleurs indépendants des professions non agricoles ;
- 3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non salariées des professions agricoles ;
- 4° une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, L. 245-14 et L. 245-15, dans les conditions fixées aux articles L. 136-8 et L. 245-16 ;
- 5° Le produit de la taxe mentionnée au IV de l'article L. 862-4 ;
- 6° La taxe exceptionnelle sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;
- 7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports ;
- 8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 du présent code, dans les conditions fixées par ce même article.

Article L241-6-1

Le taux des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 241-6 est réduit de 1,8 point pour les salariés dont l'employeur entre dans le champ d'application du II de l'article L. 241-13 et dont les rémunérations ou gains n'excèdent pas 3,5 fois le salaire minimum de croissance calculé selon les modalités prévues au deuxième alinéa du III du même article.

Article L241-6-4

A compter du 1er octobre 1996, les gains et rémunérations versés au cours du mois civil sont exonérés de cotisation d'allocations familiales lorsqu'ils sont inférieurs ou égaux à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 20 %.

Le montant de la cotisation d'allocations familiales est réduit de moitié pour les gains et rémunérations versés au cours d'un mois civil supérieurs à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 20 % et inférieurs ou égaux à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 30 %.

Les dispositions du présent article sont applicables aux gains et rémunérations versés à des salariés dont l'emploi emporte l'obligation édictée par l'article L. 351-4 du code du travail et à des salariés mentionnés au 3° de l'article L. 351-12 du même code, par des employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exclusion de ceux visés à l'article L. 711-13 et au IV de l'article 1er de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale.

Elles ne sont pas applicables aux gains et rémunérations versés par les organismes visés à l'article 1er de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications.

Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à

l'article L. 241-18 et de l'abattement prévu à l'article L. 322-12 du code du travail, ni avec l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations.

Section 4 : Dispositions communes.

Article L241-7

L'assuré est tenu de verser entre les mains de l'employeur sa contribution sur les sommes perçues par lui directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboires. Le non-versement de cette contribution est une cause de résiliation du contrat de travail.

Article L241-8

La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention contraire étant nulle de plein droit.

Article L241-9

Si le travailleur à domicile, rémunéré à façon, aux pièces ou à la tâche, est lui-même assuré obligatoire, vis-à-vis du fabricant pour le compte duquel il travaille, il n'est point tenu au versement des contributions patronales afférentes à l'emploi des ouvriers qui travaillent avec lui pour ledit fabricant. Ces contributions sont à la charge du fabricant et calculées d'après les déclarations de rémunération fournies à ce dernier.

La rémunération propre au travailleur à domicile est obtenue en déduisant de la rémunération globale versée par l'employeur, d'une part, les rémunérations des personnes travaillant avec lui, d'autre part, s'il y a lieu, le montant des frais d'atelier fixés forfaitairement par arrêté ministériel.

Article L241-10

I.-La rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par :

a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret ;

b) Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé mentionné à l'article L. 541-1 ou à la prestation de compensation dans les conditions définies au 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.

c) Des personnes titulaires :

-soit de l'élément de la prestation de compensation mentionnée au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ;

-soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

-soit d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne servie au titre de la législation des accidents du travail ;

d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret ;

e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret.

Sauf dans le cas mentionné au a, l'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans des conditions fixées par arrêté ministériel.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut se cumuler pour une même aide à domicile avec le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant versé au titre de la garde à domicile.

I bis.-Chaque heure de travail effectuée par les salariés mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail ouvre droit à une déduction forfaitaire patronale :

1° Des cotisations de sécurité sociale, à hauteur de 2 €, dans les cas autres que celui mentionné au 3° ; (1)

2° Abrogé ;

3° Des cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle, à hauteur de 3,70 €, dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Ces déductions ne sont cumulables avec aucune exonération de cotisations sociales, ni avec l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations.

II.-Les particuliers et personnes morales qui ont passé un contrat conforme aux articles L. 442-1 et L. 444-3 du code de l'action sociale et des familles pour l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes mentionnées aux a, c, d et e du I du présent article sont exonérés, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du même I, des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dues sur la rémunération qu'elles versent à ces accueillants familiaux.

III.-Sont exonérées de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes :

1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;

2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;

3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.

Cette exonération s'applique à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privé :

a) Des personnes mentionnées au I ;

b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité sociale, soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou des mêmes prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au bénéfice des personnes visées au a du I du présent article, du plafond prévu par ce même a.

Le bénéfice du présent III ne peut s'appliquer dans les établissements, centres et services mentionnés aux 2° et 3°, au b du 5° et aux 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, au titre des prestations financées par les organismes de sécurité sociale en application de l'article L. 314-3 du même code.

Un décret détermine les modalités d'application de l'exonération prévue par le présent III et notamment :

-les informations et pièces que les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes visés au précédent alinéa doivent produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général ;

-les modalités selon lesquelles les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général vérifient auprès des organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou les prestations d'aide ménagère visées au précédent alinéa que les personnes au titre desquelles cette exonération a été appliquée ont la qualité de bénéficiaires desdites prestations.

Les rémunérations des aides à domicile ayant la qualité d'agent titulaire relevant du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux en fonction dans un centre communal ou intercommunal d'action sociale bénéficient d'une exonération de 100 % de la cotisation d'assurance vieillesse due au régime visé au 2° de l'article R. 711-1 du présent code pour la fraction de ces rémunérations remplissant les conditions définies au présent III.

IV.-Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du présent code, l'exonération prévue au III n'est pas compensée par le budget de l'Etat.

V.-Les dispositions du présent article sont applicables aux périodes d'emploi postérieures au 31 décembre 1998 ; toutefois, la limite prévue au a du I est applicable aux périodes d'emploi postérieures au 31 mars 1999.

Article L241-11

La partie de la rémunération des personnes visées au 1 de l'article L. 322-4-16-3 du code du travail correspondant à une durée d'activité inférieure ou égale à une limite fixée par décret est exonérée des cotisations de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, à la charge de l'employeur.

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 241-12 sont applicables aux cotisations patronales de sécurité sociale sur les rémunérations versées par les employeurs visés au deuxième alinéa de l'article L. 322-4-16 du code du travail (1).

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être cumulé avec celui de l'exonération prévue au dernier alinéa de l'article L. 241-10.

Article L241-12

Les cotisations de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles dues au titre des activités exercées dans un but de réinsertion socioprofessionnelle par les personnes en difficulté sont calculées sur une assiette forfaitaire fixée par arrêté lorsque les rémunérations qui leur sont versées sont inférieures ou égales au montant de cette assiette.

Il n'est pas dû de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, au titre des activités mentionnées au présent article et calculées sur l'assiette forfaitaire mentionnée au précédent alinéa ou sur la rémunération ou la partie de la rémunération inférieure ou égale, par heure d'activité rémunérée, au salaire minimum de croissance. Les présentes dispositions sont applicables aux périodes d'activité accomplies à compter du 1er janvier 1999.

Les dispositions du présent article sont applicables aux personnes accueillies dans les structures suivantes :

-centres d'hébergement et de réadaptation sociale visés à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les services ou établissements habilités qui organisent des activités professionnelles dans un but de réinsertion socioprofessionnelle en application des articles L. 121-2 et L. 222-5 du même code ;

-structures agréées au titre de l'article 185-2 du même code et des textes pris en application dudit article organisant des activités professionnelles en vue de favoriser leur insertion sociale et les structures assimilées dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale ;

-organismes visés à l'article L. 265-1 du code de l'action sociale et des familles qui en font la demande.

Article L241-13

I.-Les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, la contribution mentionnée à l'article L. 834-1 du présent code et la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que, dans les conditions mentionnées au VIII du présent article, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles qui sont assises sur les gains et rémunérations inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 % font l'objet d'une réduction dégressive.

II.-Cette réduction est appliquée aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail et aux salariés mentionnés au 3° de l'article L. 5424-1 du même code, à l'exception des gains et rémunérations versés par les particuliers employeurs.

Cette réduction n'est pas applicable aux gains et rémunérations versés par les employeurs relevant des dispositions du titre Ier du livre VII du présent code, à l'exception des employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.

III.-Le montant de la réduction est calculé chaque année civile, pour chaque salarié et pour chaque contrat de travail, selon des modalités fixées par décret. Il est égal au produit de la rémunération annuelle définie à l'article L. 242-1 et d'un coefficient.

Ce coefficient est déterminé par application d'une formule fixée par décret. Il est fonction du rapport entre la rémunération annuelle du salarié définie au même article L. 242-1 et le salaire minimum de croissance calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu. Pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année, le salaire minimum de croissance pris en compte est celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat au titre de la période pendant laquelle ils sont présents dans l'entreprise.

La valeur maximale du coefficient est fixée par décret dans la limite de la somme des taux des cotisations et de la contribution mentionnées au I du présent article, sous réserve de la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5. La valeur du coefficient décroît en fonction du rapport mentionné au deuxième alinéa du présent III et devient nulle lorsque ce rapport est égal à 1,6.

Un décret précise les modalités de calcul de la réduction dans le cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu avec maintien de tout ou partie de la rémunération.

IV.-Le rapport ou le coefficient mentionné au deuxième alinéa du III est corrigé, dans des conditions fixées par décret, d'un facteur déterminé en fonction des stipulations légales ou conventionnelles applicables :

1° Aux salariés soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 1er janvier 2010 ;

2° Aux salariés auxquels l'employeur est tenu de verser une indemnité compensatrice de congé payé en application de l'article L. 1251-19 du code du travail ;

3° Aux salariés des professions dans lesquelles le paiement des congés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du même code. La réduction prévue au présent article n'est pas applicable aux cotisations dues par ces caisses au titre de ces indemnités.

V.-Les modalités selon lesquelles les cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil tiennent compte de cette réduction ainsi que les modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction appliquée au cours de l'année et le montant calculé pour l'année sont précisées par décret.

VI.-Le bénéfice des dispositions du présent article est cumulable avec les déductions forfaitaires prévues à l'article L. 241-18.

Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé, à l'exception du cas prévu à l'alinéa précédent, avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou de montants forfaitaires de cotisations.

VII.-(Abrogé).

VIII.-Le montant de la réduction est imputé sur les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales, sur la contribution mentionnée à l'article L. 834-1 du présent code et sur la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles.

Lorsque le montant de la réduction est supérieur au montant des cotisations et de la contribution mentionnées au premier alinéa du présent VIII, la réduction est également imputée sur les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles à hauteur du taux fixé par l'arrêté mentionné à la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 241-5.

Article L241-15

Pour la mise en oeuvre des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations de sécurité sociale prévues par le présent code ou par toute autre disposition législative ou réglementaire, l'assiette de calcul s'entend des heures rémunérées quelle qu'en soit la nature.

Article L241-16

Les sommes versées aux arbitres et juges mentionnés au 29° de l'article L. 311-3 sont exonérées des cotisations et contributions de sécurité sociale lorsque leur montant n'excède pas, pour une année civile, la limite définie au présent alinéa, plafonné à 14,5 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

Dès lors que les sommes mentionnées au premier alinéa dépassent le montant prévu au même alinéa, elles sont soumises aux cotisations et contributions de sécurité sociale, à l'exception de celles ayant le caractère de remboursement de frais qui sont soumises aux dispositions définies par l'arrêté prévu au troisième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Les fédérations sportives, ou les organes déconcentrés et ligues qu'elles ont créés en application des articles L. 131-11 et L. 132-1 du code du sport, remplissent les obligations relatives aux déclarations et versements des cotisations et contributions visées au deuxième alinéa, dans des conditions précisées par décret.

Les dispositions du premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7.

Article L241-18

I.-Dans les entreprises employant moins de vingt salariés, toute heure supplémentaire effectuée par les salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 ouvre droit à une déduction forfaitaire des cotisations patronales à hauteur d'un montant fixé par décret.

La déduction s'applique :

1° Au titre des heures supplémentaires définies à l'article L. 3121-11 du code du travail ;

2° Pour les salariés relevant de conventions de forfait en heures sur l'année prévues à l'article L. 3121-42 du même code, au titre des heures effectuées au-delà de 1 607 heures ;

3° Au titre des heures effectuées en application du troisième alinéa de l'article L. 3123-7 du même code ;

4° Au titre des heures supplémentaires mentionnées à l'article L. 3122-4 du même code, à l'exception des heures effectuées entre 1 607 heures et la durée annuelle fixée par l'accord lorsqu'elle lui est inférieure.

II.-Dans les mêmes entreprises, une déduction forfaitaire égale à sept fois le montant défini au I est également applicable pour chaque jour de repos auquel renonce un salarié relevant d'une convention de forfait en jours sur l'année, au-delà du plafond de deux cent dix-huit jours mentionné à l'article L. 3121-44 du code du travail, dans les conditions prévues à l'article L. 3121-45 du même code.

III.-Les déductions mentionnées aux I et II sont imputées sur les sommes dues par les employeurs aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 du présent code et L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime pour chaque salarié concerné au titre de l'ensemble de sa rémunération versée au moment du paiement de cette durée de travail supplémentaire et ne peuvent dépasser ce montant.

IV.-Les déductions mentionnées aux I et II sont cumulables avec des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale dans la limite des cotisations patronales de sécurité sociale, ainsi que des contributions patronales recouvrées suivant les mêmes règles, restant dues par l'employeur au titre de l'ensemble de la rémunération du salarié concerné.

Les I et II sont applicables sous réserve du respect par l'employeur des dispositions légales et conventionnelles relatives à la durée du travail et sous réserve que l'heure supplémentaire effectuée fasse l'objet d'une rémunération au moins égale à celle d'une heure non majorée.

Ils ne sont pas applicables lorsque les salaires ou éléments de rémunération qui y sont mentionnés se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens de l'article L. 242-1 du présent code, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement des salaires ou éléments de rémunération précités.

Le bénéfice des déductions mentionnées aux I et II du présent article est subordonné au respect du règlement (UE) n° 1407/2013 de la Commission, du 18 décembre 2013, relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis.

V.-Le bénéfice des déductions mentionnées aux I et II est subordonné, pour l'employeur, à la mise à la disposition des agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 243-7 du présent code et à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime d'un document en vue du contrôle de l'application du présent article.

V bis.-La déduction mentionnée au I continue de s'appliquer pendant trois ans aux employeurs qui atteignent ou dépassent au titre des années 2016, 2017 ou 2018 l'effectif de vingt salariés.

VI.-Un décret fixe les modalités d'application du présent article ainsi que les modalités selon lesquelles les heures supplémentaires effectuées par les salariés affiliés au régime général dont la durée du travail ne relève pas du titre II du livre Ier de la troisième partie du code du travail ou du chapitre III du titre Ier du livre VII du code rural et de la pêche maritime ouvrent droit aux déductions mentionnées au présent article.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 2 : Assiette, taux et calcul des cotisations

Section 1 : Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés et assimilés

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article L242-1

Pour le calcul des cotisations de sécurité sociale, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire. La compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est également considérée comme une rémunération, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux de salaire horaire.

L'avantage correspondant à la différence définie au II de l'article 80 bis du code général des impôts est considéré comme une rémunération lors de la levée de l'option. En revanche, sont exclus de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa du présent article les avantages mentionnés au I des articles 80 bis et 80 quaterdecies du même code si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions ont été attribuées au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux. A défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale. Il en est de même lorsque l'attribution est effectuée par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité.

Il ne peut être opéré sur la rémunération ou le gain des intéressés servant au calcul des cotisations de sécurité sociale, de déduction au titre de frais professionnels que dans les conditions et limites fixées par arrêté interministériel. Il ne pourra également être procédé à des déductions au titre de frais d'atelier que dans les conditions et limites fixées par arrêté ministériel.

Ne seront pas comprises dans la rémunération les prestations de sécurité sociale versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par l'entremise de l'employeur.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord

national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4, destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX ou versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit en couverture d'engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en oeuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire.

Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis par les titres III et IV du livre IX du présent code ou le livre II du code de la mutualité, par des entreprises régies par le code des assurances ainsi que par les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances et proposant des contrats mentionnés à l'article L. 143-1 dudit code, à la section 9 du chapitre II du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ou au chapitre II bis du titre II du livre II du code de la mutualité lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat :

1° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement d'opérations de retraite déterminées par décret ; l'abondement de l'employeur à un plan d'épargne pour la retraite collectif exonéré aux termes du deuxième alinéa de l'article L. 443-8 du code du travail est pris en compte pour l'application de ces limites ;

2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance, à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties soient conformes aux dispositions de l'article L. 871-1. Le sixième et le présent alinéas sont applicables aux versements de l'employeur mentionnés à l'article L. 911-7-1.

Toutefois, les dispositions des trois alinéas précédents ne sont pas applicables lorsque lesdites contributions se substituent à d'autres éléments de rémunération au sens du présent article, à moins qu'un délai de douze mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le premier versement desdites contributions.

Les personnes visées au 20° de l'article L. 311-3 qui procèdent par achat et revente de produits ou de services sont tenues de communiquer le pourcentage de leur marge bénéficiaire à l'entreprise avec laquelle elles sont liées.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues à l'article L. 242-11, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Est exclue de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa, dans la limite d'un montant fixé à deux fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, la part des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts qui n'est pas imposable en application de l'article 80 duodecies du même code. Toutefois, les indemnités versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions de mandataires sociaux, dirigeants et personnes mentionnées à l'article 80 ter du code général des impôts d'un montant supérieur à cinq fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code

sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. Pour l'application du présent alinéa, il est fait masse des indemnités liées à la rupture du contrat de travail et de celles liées à la cessation forcée des fonctions.

Article L242-1-1

Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations.

Article L242-1-2

Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire en termes de durée effective d'emploi et de rémunération versée, évaluées forfaitairement à 25 % du plafond annuel défini à l'article L. 241-3 du présent code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.

Les modalités de prise en compte de la rémunération forfaitaire prévue au premier alinéa en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L242-1-3

Lorsqu'un redressement de cotisations sociales opéré par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 ou L. 752-4 a une incidence sur les droits des salariés au titre de l'assurance vieillesse, ces organismes transmettent les informations nécessaires aux caisses mentionnées à l'article L. 215-1, afin que ces dernières procèdent à la rectification des droits des salariés concernés.

En cas de constat de travail dissimulé, au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié, cette rectification ne peut être réalisée qu'à compter du paiement du redressement.

Article L242-1-4

Toute somme ou avantage alloué à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne est une rémunération assujettie aux cotisations de sécurité sociale et aux contributions mentionnées aux articles L. 136-1 du présent code, L.

14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Dans les cas où le salarié concerné exerce une activité commerciale ou en lien direct avec la clientèle pour laquelle il est d'usage qu'une personne tierce à l'employeur alloue des sommes ou avantages au salarié au titre de cette activité, cette personne tierce verse à l'organisme de recouvrement dont elle dépend une contribution libératoire dont le montant est égal à 20 % de la part de ces rémunérations qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Les cotisations et les contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces rémunérations. Cette contribution libératoire ne s'applique que sur la part des rémunérations versées pour un an qui n'excède pas 1,5 fois la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois ; la part supérieure à ce plafond est assujettie aux cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa.

Lorsque la personne tierce appartient au même groupe que l'employeur au sens de l'article L. 2331-1 du code du travail, elle ne peut s'acquitter de ses cotisations et contributions sociales par le versement de la contribution libératoire prévue au deuxième alinéa du présent article.

La personne tierce remplit les obligations relatives aux déclarations et aux versements de la contribution libératoire ou des cotisations et contributions sociales relatifs à ces rémunérations selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. Elle informe l'employeur des sommes ou avantages versés à son salarié.

Le deuxième alinéa du présent article n'est ni applicable ni opposable aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code si la personne tierce et l'employeur ont accompli des actes ayant pour objet d'éviter, en totalité ou en partie, le paiement des cotisations et contributions sociales. Dans ce cas, l'article L. 243-7-2 est applicable à l'employeur en cas de constat d'opérations litigieuses.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'information de l'employeur par la personne tierce sur les sommes ou avantages versés aux salariés.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les règles selon lesquelles les sommes recouvrées au titre de la contribution libératoire mentionnée au deuxième alinéa sont réparties entre les attributaires des cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa.

Article L242-2

L'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale de la garantie de ressources prévue à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles est fixée par les premier et deuxième alinéas de l'article L. 243-5 du même code.

Article L242-3

Pour tout assuré qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, la part des cotisations incombant à chacun des employeurs est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées dans la limite des maxima fixés en application de l'article L. 241-3.

Par dérogation au précédent alinéa, la part de cotisations incombant à chaque employeur peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs.

En ce qui concerne certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés définies par arrêté ministériel et qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, le montant des cotisations de sécurité sociale incombant à chacun des employeurs peut être déterminé compte tenu des conditions d'exercice de la profession considérée d'après les rémunérations qu'ils ont respectivement versées soit dans la limite d'un forfait fixé par lesdits arrêtés, soit en appliquant au taux des cotisations prévues aux articles L. 241-7 à L. 241-9, L. 242-5, L. 242-7, L. 243-1 et L. 243-2 un abattement forfaitaire fixé par lesdits arrêtés.

Article L242-4

Des décrets peuvent, compte tenu du plafond des rémunérations soumises à cotisations, fixer, en ce qui concerne le personnel artistique des entreprises de spectacle, définies par lesdits décrets, des chiffres forfaitaires à prendre en considération pour le calcul des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et déterminés suivant la catégorie professionnelle et l'importance des rémunérations.

Article L242-4-1

N'est pas considérée comme une rémunération au sens de l'article L. 242-1 la fraction de la gratification, en espèces ou en nature, versée aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2° de l'article L. 412-8 qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire défini en application du premier alinéa de l'article L. 241-3 et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7.

Article L242-4-2

N'est pas considéré comme une rémunération au sens de l'article L. 242-1 l'avantage mentionné au 31° bis de l'article 81 du code général des impôts.

Article L242-4-3

La rémunération due en contrepartie des droits constitués par un salarié sur son compte épargne-temps, à l'exception de ceux qui correspondent à un abondement en temps ou en argent de l'employeur, est exonérée des cotisations salariales de sécurité sociale et des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur dès lors qu'elle est utilisée à l'initiative de ce salarié pour alimenter un plan d'épargne pour la retraite collectif prévu aux articles L. 3334-1 à L. 3334-9 et L. 3334-11 à L. 3334-16 du code du travail ou pour contribuer

au financement de prestations de retraite qui revêtent un caractère collectif et obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 du présent code.

Article L242-4-4

Pour l'application des articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6 du présent code ainsi que des articles L. 741-9 et L. 751-10 du code rural et de la pêche maritime, des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par décret pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés auxquels ne s'applique pas le salaire minimum de croissance ou qui sont soumis à l'obligation d'affiliation prévue à l'article L. 311-3 du présent code, afin de préserver leurs droits aux assurances sociales. Ces cotisations ne peuvent excéder celles qui s'appliquent au salaire minimum de croissance à temps plein.

Des cotisations forfaitaires peuvent également être fixées par décret pour certaines activités revêtant un caractère occasionnel ou saisonnier, sous réserve, pour les rémunérations égales ou supérieures à 1,5 fois la valeur du plafond mentionné à l'article L. 241-3 correspondant à la durée du travail, que la base de calcul des cotisations soit au moins égale à 70 % de la rémunération.

Sous-section 2 : Dispositions propres à chaque branche

Paragraphe 4 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L242-5

Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé annuellement pour chaque catégorie de risques par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'après les règles fixées par décret.

Les risques sont classés dans les différentes catégories par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, sauf recours, de la part soit de l'employeur, soit de l'autorité administrative, à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, prévue à l'article L. 143-3, laquelle statue en premier et dernier ressort.

Le classement d'un risque dans une catégorie peut être modifié à toute époque. L'employeur est tenu de déclarer à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail toute circonstance de nature à aggraver les risques.

Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 est pris en compte dans les éléments de calcul de la cotisation qui peuvent être modulés par secteur d'activité. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa.

Le montant de la contribution mentionnée à l'alinéa précédent est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Un rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale évalue le coût réel des dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 351-1-4 pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans des conditions fixées par décret, la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixe les éléments de calcul des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la branche déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

La délibération de la commission est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale avant le 31 janvier de chaque année ;

Si la commission n'a pas délibéré à cette date ou n'a pas retenu des éléments de calcul conformes aux dispositions du sixième alinéa, l'autorité compétente de l'Etat les détermine par arrêté.

Si les mesures prises en application du présent article ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de gestion, l'équilibre de la branche tel que résultant de la loi de financement de la sécurité sociale doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur les excédents financiers ou, à défaut, par une modification des éléments de calcul des cotisations.

Article L242-6

Les employeurs communiquent le montant total des salaires par catégorie de risques telles que prévues à l'article L. 242-5.

Article L242-7

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut accorder des ristournes sur la cotisation ou imposer des cotisations supplémentaires dans les conditions fixées par arrêté interministériel, pour tenir compte selon le cas, soit des mesures de prévention ou de soins prises par l'employeur, soit des risques exceptionnels présentés par l'exploitation, révélés notamment par une infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail ou résultant d'une inobservation des mesures de prévention prescrites en application des articles L. 422-1 et L. 422-4 du présent code.

La cotisation supplémentaire est due à partir de la date à laquelle ont été constatés les risques exceptionnels ci-dessus mentionnés. Son taux, la durée pendant laquelle elle est due et son montant forfaitaire minimal sont fixés par arrêté.

L'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article fixe le pourcentage du montant des cotisations d'accidents du travail et des maladies professionnelles et la part minimale du produit des cotisations supplémentaires qui doivent être affectés à l'attribution des ristournes et des avances prévues à l'article L. 422-5.

La décision de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail est susceptible de recours devant la commission mentionnée à l'article L. 242-5.

En cas de carence de la caisse, l'autorité compétente de l'Etat peut statuer, sauf recours devant ladite commission.

Article L242-7-1

Un décret détermine les modalités selon lesquelles s'effectue le passage des règles applicables pour la tarification des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle aux règles applicables dans ce domaine dans le régime général des salariés.

Section 3 : Cotisations assises sur les rémunérations des salariés à temps partiel.

Article L242-8

Pour le calcul des cotisations de sécurité sociale dues au titre des salariés employés à temps partiel, au sens de l'article L. 212-4-2 du code du travail, et qui sont déterminées compte tenu du plafond prévu à l'article L. 241-3, il est opéré un abattement d'assiette destiné à compenser la différence entre le montant des cotisations dues au titre de chacun de ces salariés et le montant des cotisations qui seraient dues pour une durée de travail identique dans le cas où chacun d'eux travaillerait à temps complet.

Article L242-9

A chaque échéance de versement des cotisations, l'employeur procède à l'abattement d'assiette mentionné à l'article L. 242-8.

L'abattement d'assiette prévu par l'article L. 242-8 ne peut être maintenu au bénéfice des employeurs, pour ceux de leurs salariés qui auront accompli au-delà de la durée fixée par le contrat de travail définie au premier alinéa de l'article L. 212-4-3 du code du travail, un nombre d'heures complémentaires tel que la durée hebdomadaire effective accomplie par ces salariés est égale à la durée normale du travail dans l'établissement.

Un arrêté interministériel fixe les conditions d'application du présent article.

Article L242-10

Les dispositions des articles L. 242-8 et L. 242-9 ci-dessus ne sont pas applicables :

1°) aux salariés ou assimilés dont l'emploi donne lieu à des taux, assiettes ou montants spécifiques de cotisations, en application des articles L. 242-4-4 et L. 242-3 ;

2°) aux salariés ou assimilés dont l'emploi régulier et simultané par plusieurs employeurs entraîne, quant au calcul des cotisations, un fractionnement entre lesdits employeurs du plafond fixé pour l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Elles ne s'appliquent pas non plus aux personnels intérimaires des entreprises de travail temporaire ni aux salariés concernés par des mesures de réduction d'horaire ouvrant droit à une indemnisation au titre de l'activité partielle.

Section 5 : Cotisations des employeurs et travailleurs indépendants.

Article L242-11

Les cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles sont calculées conformément aux dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1, L. 131-6-2 et L. 133-6-8. Les dispositions de l'article L. 652-3 sont applicables au recouvrement de ces cotisations par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 et à l'article L. 611-3.

Le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret fait l'objet, dans des conditions fixées par décret, d'une réduction dans la limite de 3,1 points. Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations.

Section 6 : Dispositions communes.

Article L242-12

Sous réserve des dispositions de l'article L. 242-5, des décrets fixent les différents taux de cotisations ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d'avantages de retraite ou des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2, dont les ressources sont insuffisantes.

Article L242-12-1

Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire par les organismes chargés du recouvrement sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire.

Dans ce cas, il n'est tenu compte d'aucune exonération dont pourrait bénéficier le cotisant.

Le cotisant reste tenu de fournir les données mentionnées au premier alinéa. Sous réserve qu'il continue d'en remplir les conditions éventuelles, le montant des cotisations finalement dues tient alors compte des

exonérations applicables. Le cotisant est, en outre, redevable d'une pénalité calculée sur ce montant et recouvrée sous les mêmes garanties et sanctions que ces cotisations.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Section 8 : Dispositions propres aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L242-13

I.-Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est financé par :

1° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 1° à 3° du II de l'article L. 325-1, assise sur leurs gains ou rémunérations, précomptée par leurs employeurs au bénéfice de ce régime et recouvrée par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général ;

2° Une cotisation à la charge des assurés mentionnés aux 5° à 11° et à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 325-1, assise sur les avantages de vieillesse d'un régime de base, d'un régime complémentaire ou d'un régime à la charge de l'employeur, que ces avantages soient servis au titre d'une législation française ou d'une législation d'un autre Etat, et sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2. Les modalités de prise en compte des avantages de vieillesse acquis au titre de la législation d'un autre Etat pour le calcul de la cotisation prélevée sur les avantages servis par un régime français sont déterminées par décret. La cotisation est précomptée par les organismes débiteurs français au bénéfice du régime local lors de chaque versement de ces avantages ou allocations et versée directement à ce régime.

II.-Le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local détermine les exonérations accordées en cas d'insuffisance de ressources selon les modalités prévues au deuxième alinéa de l'article L. 380-2.

Il fixe les taux de cotisation permettant de garantir le respect de l'équilibre financier du régime dans la limite d'une fourchette fixée par décret.L'article L. 131-9 n'est pas applicable à ces cotisations.

Section 9 : Dispositions concernant les actions distribuées aux salariés.

Article L242-14

Les sommes correspondant aux actions distribuées aux salariés conformément à la loi n° 80-834 du 24 octobre 1980 ne sont pas prises en considération pour l'application de la législation de la sécurité sociale.

Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 3 : Recouvrement - Sûretés - Prescription - Contrôle

Section 1 : Recouvrement

Sous-section 1 : Recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations payées aux travailleurs salariés et assimilés.

Article L243-1

La contribution du salarié est précomptée sur la rémunération ou gain de l'assuré lors de chaque paye.

Le salarié ne peut s'opposer au prélèvement de cette contribution. Le paiement de la rémunération effectué sous déduction de la retenue de la contribution du salarié vaut acquit de cette contribution à l'égard du salarié de la part de l'employeur.

Article L243-1-1

Sans perdre les droits aux prestations correspondantes, la date limite de paiement des cotisations salariales et patronales afférentes aux rémunérations perçues, au cours des douze premiers mois d'activité de l'entreprise, par les personnes visées aux 6°, 11°, 12°, 13°, 23° et 25° de l'article L. 311-3 ne peut, sur demande de l'employeur, être antérieure au treizième mois suivant la date à laquelle ces personnes ont créé ou repris une entreprise. Ces cotisations font, sur demande, l'objet d'un paiement par fractions annuelles sur une période qui ne peut excéder cinq ans. Chaque fraction annuelle ne peut être inférieure à 20 % du montant total des cotisations dues. Le bénéfice de cet étalement n'emporte aucune majoration de retard.

Le bénéfice de ces dispositions ne peut être obtenu plus d'une fois par période de cinq ans, au titre d'une création ou reprise d'entreprise.

Le présent article n'est pas applicable à raison d'une modification des conditions dans lesquelles une entreprise exerce son activité.

Article L243-1-2

L'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France ou, s'il est un particulier, qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et souhaite bénéficier de cette faculté, remplit ses obligations relatives aux déclarations et versements des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles il est tenu au titre de l'emploi de personnel salarié auprès d'un organisme de recouvrement unique, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Pour remplir ses obligations, l'employeur peut désigner un représentant résidant en France qui est personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

II. # L'employeur mentionné au I peut bénéficier, s'il est un particulier entrant dans le champ d'application du 3° de l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale ou une entreprise entrant dans le champ d'application du 1° du même article, des dispositions prévues à la sous-section 2 de la section 1 du chapitre III bis du livre Ier du même code. Les documents établis par l'organisme mentionné au I, notamment le bulletin de paie, sont transmis à l'employeur sous forme électronique.

Lorsque le salarié est employé pour une durée n'excédant pas un plafond fixé par décret et que sa rémunération n'excède pas un montant fixé par ce même décret, les cotisations et contributions sociales dues peuvent être payées par avance auprès de l'organisme mentionné au I et sur une base forfaitaire, en fonction de la durée totale de la période d'emploi ou du séjour en France. Dans ce cas, les articles L. 133-7 et L. 241-10 ne sont pas applicables.

III. # Les déclarations sociales de l'employeur mentionné au I sont transmises à l'organisme de recouvrement par voie électronique dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. Les cotisations et contributions sociales dues sont réglées par les moyens de paiement prévus par décret.

IV. # Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article L243-1-3

Au titre des périodes de congés de leurs salariés, les employeurs affiliés aux caisses de congés mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail s'acquittent des cotisations et contributions auprès des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code dans les conditions suivantes :

1° Pour les cotisations mentionnées à l'article L. 834-1 du présent code et pour les versements mentionnés aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales, par le versement libératoire de majorations proportionnelles aux cotisations et contributions correspondantes dont ils sont redevables au titre des rémunérations qu'ils versent pour l'emploi de leurs salariés. Le taux de ces majorations est fixé par décret ;

2° Pour les cotisations de sécurité sociale et les contributions mentionnées à l'article L. 136-2 du présent code, à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et au 1° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, par un versement assis sur les montants dus aux caisses mentionnées à l'article L. 3141-30 du code du travail pour la couverture des périodes de congés de leurs salariés. Le cas échéant, les versements des cotisations et contributions à la charge des salariés font l'objet d'un ajustement, dans les conditions fixées par décret, sur la base des montants d'indemnités de congés payés effectivement versés.

Sous-section 5 : Dispositions communes - Dispositions diverses.

Article L243-2

Les dispositions des sections 2 à 5 du présent chapitre, du chapitre 4 du Titre IV du présent Livre et des articles L. 133-1 et L. 374-1 du présent code s'appliquent au recouvrement des cotisations dues sur les revenus de remplacement mentionnés à la section 1 du chapitre Ier du titre III du livre Ier, sous réserve d'adaptations fixées par voie réglementaire.

Article L243-3

L'admission en non-valeur des cotisations sociales, des impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale dans des conditions fixées par décret.

Article L243-3-1

L'article L. 652-3 est applicable au recouvrement des contributions et cotisations sociales dues au titre de l'emploi de personnel salarié ainsi qu'aux majorations et pénalités y afférentes.

Article L243-3-2

Lorsqu'un dirigeant d'une société, d'une personne morale ou de tout autre groupement ayant fait l'objet d'une verbalisation pour travail dissimulé est responsable des manœuvres frauduleuses ou de l'inobservation grave et répétée des obligations sociales qui ont rendu impossible le recouvrement des cotisations, contributions et sanctions pécuniaires dues par la société, la personne morale ou le groupement, ce dirigeant peut être déclaré solidairement responsable du paiement de ces cotisations, contributions et sanctions pécuniaires par le président du tribunal de grande instance.

A cette fin, le directeur de l'organisme créancier assigne le dirigeant devant le président du tribunal de grande instance du lieu du siège social.

Le présent article est applicable à toute personne exerçant en droit ou en fait, directement ou indirectement, la direction effective de la société, de la personne morale ou du groupement.

Les voies de recours qui peuvent être exercées contre la décision du président du tribunal de grande instance ne font pas obstacle à ce que le directeur de l'organisme créancier prenne à l'encontre du dirigeant des mesures conservatoires en vue de préserver le recouvrement de la créance sociale.

Section 2 : Sûretés.

Article L243-4

Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est garanti pendant un an à compter de leur date d'exigibilité, par un privilège sur les biens meubles du débiteur, lequel privilège prend rang concurremment avec celui des gens de service et celui des salariés établis respectivement par l'article 2331 du code civil et les articles L. 625-7 et L. 625-8 du code de commerce.

Le paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard est également garanti, à compter du 1er janvier 1956, par une hypothèque légale en exécution des prescriptions applicables en matière de publicité foncière.

Article L243-5

Dès lors qu'elles dépassent un montant fixé par décret, les créances privilégiées en application du premier alinéa de l'article L. 243-4, dues par un commerçant, une personne immatriculée au répertoire des métiers, une personne physique exerçant une activité professionnelle indépendante, y compris une profession libérale, ou une personne morale de droit privé, doivent être inscrites à un registre public tenu au greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance dans le délai de neuf mois suivant leur date limite de paiement ou, le cas échéant, la date de notification de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, lorsque la créance est constatée lors d'un contrôle organisé en application des dispositions de l'article L. 243-7. Le montant mentionné au présent alinéa est fixé en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant et de l'effectif de son entreprise.

Toutefois, l'organisme créancier n'est pas tenu d'inscrire ces créances lorsque le débiteur respecte un plan d'apurement échelonné de sa dette. Dès que le plan est dénoncé, l'organisme créancier doit procéder à l'inscription dans un délai de deux mois.

En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires du redevable ou d'un tiers tenu légalement au paiement de ces sommes, le privilège dont l'inscription n'a pas été régulièrement requise à l'encontre du redevable ne peut plus être exercé pour les créances qui étaient soumises à titre obligatoire à cette inscription.

L'inscription conserve le privilège pendant deux années et six mois à compter du jour où elle est effectuée. Elle ne peut être renouvelée.

Une inscription peut faire l'objet à tout moment d'une radiation totale ou partielle à la diligence des organismes de sécurité sociale ou du redevable sur présentation au greffier d'un certificat délivré par l'organisme créancier ou d'un acte de mainlevée émanant du créancier subrogé. Toutefois, lorsque l'inscription est devenue sans objet, dès lors que le débiteur s'est acquitté de sa dette et sous réserve du règlement, auprès de l'organisme créancier, des frais liés aux formalités d'inscription et de radiation, cet organisme en demande la radiation totale dans un délai d'un mois.

Toutefois, le privilège est conservé au-delà du délai prévu au troisième alinéa sur les biens qui ont fait l'objet d'une saisie avant l'expiration de ce délai.

En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités, majorations de retard et frais de poursuites dus par le redevable à la date du jugement d'ouverture sont remis, sauf si le passif déclaré résulte en tout ou partie du constat de l'infraction mentionnée à l'article L. 8221-1 du code du travail.

La règle d'antériorité du rang de l'inscription hypothécaire fixée à l'avant-dernier alinéa de l'article 2425 du code civil et à l'article 45-5 de la loi du 1er juin 1924 mettant en vigueur la législation civile française dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux hypothèques mentionnées aux articles L. 243-4 et L. 244-9 du présent code.

Section 3 : Prescription.

Article L243-6

I. - La demande de remboursement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales indûment versées se prescrit par trois ans à compter de la date à laquelle lesdites cotisations ont été acquittées.

Lorsque l'obligation de remboursement desdites cotisations naît d'une décision juridictionnelle qui révèle la non-conformité de la règle de droit dont il a été fait application à une règle de droit supérieure, la demande de remboursement ne peut porter que sur la période postérieure au 1er janvier de la troisième année précédant celle où la décision révélant la non-conformité est intervenue.

Lorsque l'obligation de remboursement des cotisations naît d'une décision rectificative d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail en matière de taux de cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles, la demande de remboursement des cotisations peut porter sur l'ensemble de la période au titre de laquelle les taux sont rectifiés.

II. - En cas de remboursement, les organismes de sécurité sociale et d'allocations familiales sont en droit de demander le reversement des prestations servies à l'assuré ; ladite demande doit être faite dans un délai maximum de deux ans à compter du remboursement desdites cotisations.

Toutefois, lorsque la demande de remboursement des cotisations indûment versées n'a pas été formulée dans le délai de trois ans prévu au premier alinéa du I du présent article, le bénéficiaire des prestations servies ainsi que les droits à l'assurance vieillesse restent acquis à l'assuré, sauf cas de fraude ou de fausse déclaration. III. - Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 effectuent le remboursement des cotisations indues dans un délai de quatre mois à compter de la demande mentionnée au premier alinéa du I du présent article.

Section 3 bis : Droits des cotisants.

Article L243-6-1

Tout cotisant, confronté à des interprétations contradictoires concernant plusieurs de ses établissements dans la même situation au regard de la législation relative aux cotisations et aux contributions de sécurité sociale, a la possibilité, sans préjudice des autres recours, de solliciter l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en ce qui concerne l'appréciation portée sur sa situation par les organismes de recouvrement visés aux articles L. 213-1 et L. 752-4. Cette possibilité est ouverte également à un cotisant appartenant à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, en cas d'interprétations contradictoires concernant toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même groupe.

A la suite de l'analyse du litige, l'agence centrale peut demander aux organismes d'adopter une position dans un délai d'un mois. A l'expiration de ce délai, s'ils ne se sont pas conformés à cette instruction, l'agence centrale peut se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires.

Article L243-6-2

Lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale,

publiées conformément à la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal ou dans les conditions prévues à l'article 5-1 de l'ordonnance n° 2004-164 du 20 février 2004 relative aux modalités et effets de la publication des lois et de certains actes administratifs, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 225-1 et L. 752-4 ne peuvent procéder à aucun redressement de cotisations et contributions sociales, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur, en soutenant une interprétation différente de celle admise par l'administration.

Article L243-6-3

I. - Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 se prononcent de manière explicite sur toute demande d'une personne mentionnée au deuxième alinéa du présent article posant une question nouvelle et non dépourvue de caractère sérieux ayant pour objet de connaître l'application à une situation précise de la législation relative aux cotisations et contributions de sécurité sociale contrôlées par ces organismes. Cette procédure est également applicable aux cotisations et contributions sociales contrôlées en application de l'article L. 243-7 dès lors que leur assiette est identique à celle des cotisations et contributions mentionnées ci-dessus.

Cette demande peut être formulée par un cotisant, un futur cotisant ou, pour le compte de celui-ci, par un avocat ou un expert-comptable.

La demande du cotisant ne peut être formulée par les personnes mentionnées à l'alinéa précédent lorsqu'un contrôle prévu à l'article L. 243-7 a été engagé ou lorsqu'un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.

Lorsqu'elle porte sur une application spécifique à la situation de la branche de dispositions du code de la sécurité sociale, la demande mentionnée au premier alinéa peut être formulée par une organisation professionnelle d'employeurs ou une organisation syndicale reconnues représentatives au niveau de la branche professionnelle. Par dérogation au premier alinéa, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale se prononce sur cette demande.

II. - Toute demande susceptible d'entrer dans le champ d'application du présent article est réputée être faite dans ce cadre. Un décret en Conseil d'Etat précise le contenu et les modalités de dépôt de cette demande. Si la demande est complète, elle est requalifiée par l'organisme afin de bénéficier du même régime juridique que la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Selon son appréciation, l'organisme peut se saisir d'une demande qui ne respecte pas le formalisme de la demande mentionnée au premier alinéa du présent article. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles les organismes peuvent se saisir de demandes incomplètes et leur faire bénéficier des mêmes garanties.

Un décret en Conseil d'Etat peut prévoir les modalités suivant lesquelles certaines demandes qu'il détermine peuvent faire l'objet de décisions d'acceptation tacite.

Pour les demandes formulées en application du deuxième alinéa du I, lorsque l'organisme de recouvrement n'a pas notifié sa décision au demandeur au terme d'un délai fixé par un décret en Conseil d'Etat, il ne peut être procédé à un redressement de cotisations ou contributions sociales, fondé sur la législation au regard de laquelle devait être appréciée la situation de fait exposée dans la demande, au titre de la période comprise entre la date à laquelle le délai a expiré et la date de la notification de la réponse explicite.

Dans le cas où la demande est formulée par le cotisant ou son représentant, la décision lui est applicable. Si le cotisant appartient à un groupe au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce, et que la demande comporte expressément cette précision, la décision s'applique à toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même groupe dès lors que la situation dans laquelle se situe cette dernière est identique à

celle sur le fondement duquel la demande a été formulée. Lorsque la demande est formulée en application du quatrième alinéa du I, la décision est applicable à toute entreprise de la branche souhaitant s'en prévaloir.

III. - La décision est opposable pour l'avenir à l'ensemble des organismes mentionnés au premier alinéa du présent article tant que la situation de fait exposée dans la demande ou la législation au regard de laquelle la situation a été appréciée n'ont pas été modifiées.

Lorsque l'organisme de recouvrement entend modifier pour l'avenir sa décision, il en informe le demandeur. Celui-ci peut solliciter, sans préjudice des autres recours, l'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Celle-ci transmet à l'organisme de recouvrement sa position quant à l'interprétation à retenir.

Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions dans lesquelles les décisions rendues par les organismes de recouvrement font l'objet d'une publicité.

IV. - Un rapport est réalisé chaque année par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur les principales questions posées et les réponses apportées. Il est transmis au ministre en charge de la sécurité sociale au plus tard le 30 juin de l'année suivante.

Article L243-6-4

Dans le cas d'un changement d'organisme de recouvrement lié à un changement d'implantation géographique de l'entreprise ou de l'un de ses établissements, ou à la demande de l'organisme de recouvrement, un cotisant peut se prévaloir, auprès du nouvel organisme, des décisions explicites rendues par le précédent organisme dont il relevait, dès lors qu'il établit que sa situation de fait ou de droit est identique à celle prise en compte par le précédent organisme.

Article L243-6-5

I.-Lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif, le directeur des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code peut conclure avec un cotisant une transaction, sauf en cas de travail dissimulé défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, ou lorsque le cotisant a mis en œuvre des manœuvres dilatoires visant à nuire au bon déroulement du contrôle.

II.-Cette transaction ne peut porter, pour une période limitée à quatre ans, que sur :

1° Le montant des majorations de retard et les pénalités, notamment celles appliquées en cas de production tardive ou inexactitude des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales ;

2° L'évaluation d'éléments d'assiette des cotisations ou contributions dues relative aux avantages en nature, aux avantages en argent et aux frais professionnels, lorsque cette évaluation présente une difficulté particulière ;

3° Les montants des redressements calculés en application soit de méthodes d'évaluation par extrapolation, soit d'une fixation forfaitaire du fait de l'insuffisance ou du caractère inexploitable des documents administratifs et comptables.

III.-La possibilité de conclure une transaction sur un ou plusieurs chefs de redressement faisant suite à un contrôle prévu à l'article L. 243-7 et faisant l'objet d'un recours devant la commission de recours amiable de l'organisme de recouvrement est suspendue à compter de la date de ce recours et jusqu'à la date de la décision de cette commission. Cette possibilité n'est rétablie à l'issue de cette période que lorsque le tribunal des affaires de la sécurité sociale a été saisi.

IV.-La transaction conclue est communiquée à l'autorité mentionnée à l'article L. 151-1.

Le directeur des organismes mentionnés au I du présent article rend compte, avant le 30 juin de chaque année, des transactions conclues l'année précédente.

Lorsqu'une transaction est devenue définitive après accomplissement des obligations qu'elle prévoit et approbation de l'autorité prévue au même article L. 151-1, aucune procédure contentieuse ne peut plus être engagée ou reprise pour remettre en cause l'objet de la transaction.

V.-Toute convention portant sur les éléments mentionnés aux 1° à 3° du II doit, à peine de nullité, respecter les conditions et la procédure fixées au présent article et les textes pris pour son application.

VI.-La transaction conclue par la personne physique mentionnée au I du présent article engage l'organisme de recouvrement. L'article L. 243-6-4 est applicable aux transactions.

Section 4 : Contrôle.

Article L243-7

Le contrôle de l'application des dispositions du présent code par les employeurs, personnes privées ou publiques y compris les services de l'Etat autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa et, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 133-6-5, par les travailleurs indépendants ainsi que par toute personne qui verse des cotisations ou contributions auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général est confié à ces organismes. Le contrôle peut également être diligenté chez toute personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur lorsque les inspecteurs peuvent faire état d'éléments motivés permettant de présumer, du fait d'un contrôle en cours, que cette dernière verse à des salariés de l'employeur contrôlé initialement une rémunération, au sens de l'article L. 242-1. Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les unions de recouvrement les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes, des cotisations et contributions recouvrées pour le compte de l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage par les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail et des cotisations destinées au financement des régimes mentionnés au titre Ier du livre VII du présent code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.

Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, des conventions conclues entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre Ier du titre II du livre IX du présent code, les organismes mentionnés aux c et e de l'article L. 5427-1 du code du travail, l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes prévus au titre Ier du livre VII du présent code qui en font la demande fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général. La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa, et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions

du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par l'organisme de recouvrement dont elle relève.

Article L243-7-1

Les agents chargés du contrôle visés à l'article L. 243-7 peuvent échanger avec les agents investis de pouvoirs analogues dans les Etats étrangers, sous réserve de réciprocité, tous renseignements et tous documents nécessaires à l'appréciation des droits et à l'exécution d'obligations résultant du présent code et des dispositions équivalentes dans l'Etat concerné.

Article L243-7-2

Afin d'en restituer le véritable caractère, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles.

En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les organismes de recouvrement peuvent également, dans les conditions prévues par l'article L. 225-1-1, soumettre le litige à l'avis du comité. Si ces organismes ne se conforment pas à l'avis du comité, ils doivent apporter la preuve du bien-fondé de leur rectification. En cas d'avis du comité favorable aux organismes, la charge de la preuve devant le juge revient au cotisant.

La procédure définie au présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions des articles L. 243-6-1 et L. 243-6-3 en fournissant aux organismes concernés tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis.

L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit.

Article L243-7-3

Si l'employeur appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, en cas de constatation d'une infraction de travail dissimulé par procès-verbal établi à son encontre, la société mère ou la société holding de cet ensemble sont tenues subsidiairement et solidairement au paiement des contributions et cotisations sociales ainsi que des majorations et pénalités dues à la suite de ce constat.

Article L243-7-4

Dès lors qu'un procès-verbal de travail illégal a été établi et que la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, l'inspecteur du recouvrement peut dresser un procès-verbal de flagrance sociale comportant l'évaluation du montant des cotisations dissimulées.

Ce procès-verbal est signé par l'inspecteur et par le responsable de l'entreprise. En cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal.

L'original du procès-verbal est conservé par l'organisme chargé du recouvrement et une copie est notifiée au contrevenant.

Au vu du procès-verbal de travail illégal et du procès-verbal de flagrance sociale, le directeur de l'organisme de recouvrement peut solliciter du juge de l'exécution l'autorisation de pratiquer sur les biens du débiteur l'une ou plusieurs mesures conservatoires mentionnées aux articles 74 à 79 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution.

Article L243-7-5

Les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 peuvent procéder au redressement des cotisations et contributions dues sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis par les agents mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail. Ces organismes ainsi que ceux mentionnés à l'article L. 611-8 du présent code mettent en recouvrement ces cotisations et contributions.

Article L243-7-6

Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 est majoré de 10 % en cas de constat d'absence de mise en conformité. Un tel constat est dressé lorsque l'employeur n'a pas pris en compte les observations notifiées lors d'un précédent contrôle, que ces observations aient donné lieu à redressement ou non.

Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L243-7-7

Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 ou dans le cadre de l'article L. 243-7-5 du présent code est majoré de 25 % en cas de constat de l'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail.

La majoration est portée à 40 % dans les cas mentionnés à l'article L. 8224-2 du code du travail.

Les modalités d'application du présent article, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L243-8

L'autorité compétente de l'Etat vérifie la pertinence des objectifs de contrôle poursuivis par les organismes chargés du recouvrement des cotisations, ainsi que les conditions dans lesquelles ces contrôles s'effectuent.

Elle donne aux organismes des injonctions en cas de carence, leur demande communication des procès-verbaux dressés à la suite des contrôles et les transmet, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Article L243-9

Avant d'entrer en fonctions, les agents de l'organisme chargés du contrôle prêterent, devant le tribunal d'instance, serment de ne rien révéler des secrets de fabrication et en général des procédés et résultats d'exploitation dont ils pourraient prendre connaissance dans l'exercice de leur mission. Toute violation de serment est punie des peines fixées par l'article 226-13 du code pénal.

Article L243-11

Les employeurs, qu'ils soient des personnes privées, des personnes publiques autres que l'Etat ou, pour l'application de l'article L. 243-7 du présent code, l'Etat, et les travailleurs indépendants sont tenus de recevoir les agents de contrôle des organismes mentionnés aux articles L. 243-7 et L. 114-10, ainsi que les ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité régulièrement accrédités par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

Article L243-12

Les agents des organismes de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 114-10 et L. 243-7 peuvent, à tout moment, exiger des employeurs soumis à leur contrôle la communication des doubles des bulletins de paie mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 143-3 du code du travail. Ces doubles sont conservés par l'employeur pendant cinq ans.

Article L243-12-1

Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.

Article L243-12-3

Les dispositions du code pénal qui prévoient et répriment les actes de résistance, les outrages et les violences contre les officiers de police judiciaire sont, en outre, applicables à ceux qui se rendent coupables de faits de même nature à l'égard des agents de contrôle visés à l'article L. 243-11.

Article L243-12-4

Il ne peut être procédé une nouvelle fois à un contrôle portant, pour une même période, sur les points de la législation applicable ayant déjà fait l'objet d'une vérification, sauf en cas de réponses incomplètes ou inexactes, de fraude, de travail dissimulé ou sur demande de l'autorité judiciaire.

Article L243-13

I.-Les contrôles prévus à l'article L. 243-7 visant les entreprises versant des rémunérations à moins de dix salariés ou les travailleurs indépendants ne peuvent s'étendre sur une période supérieure à trois mois, comprise entre le début effectif du contrôle et la lettre d'observations.

Cette période peut être prorogée une fois à la demande expresse de l'employeur contrôlé ou de l'organisme de recouvrement.

La limitation de la durée du contrôle prévue au premier alinéa du présent I n'est pas applicable lorsqu'est établi au cours de cette période :

- 1° Une situation de travail dissimulé, défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;
- 2° Une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;
- 3° Une situation d'abus de droit, défini à l'article L. 243-7-2 ;
- 4° Ou un constat de comptabilité insuffisante ou de documentation inexploitable.

II.-Le présent article n'est pas applicable lorsque la personne contrôlée appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles il existe un lien de dépendance ou de contrôle, au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, et que l'effectif de cet ensemble est égal ou supérieur à celui mentionné au premier alinéa du I du présent article.

Section 6 : Délivrance d'attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement

Article L243-15

Toute personne vérifie, lors de la conclusion d'un contrat dont l'objet porte sur une obligation d'un montant minimal en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce, et périodiquement jusqu'à la fin de l'exécution du contrat, que son cocontractant est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 , L. 611-8 et L. 752-1 du présent code et L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime.

Cette attestation est délivrée dès lors que la personne acquitte les cotisations et contributions dues à leur date d'exigibilité et, le cas échéant, qu'elle a souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues ou conteste leur montant par recours contentieux, à l'exception des recours faisant suite à une verbalisation pour travail dissimulé.

Les modalités de délivrance de cette attestation ainsi que son contenu sont fixés par décret.

Le particulier qui contracte pour son usage personnel, celui de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, concubin ou de ses ascendants ou descendants n'est pas concerné par les dispositions du présent article.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 4 : Contentieux et pénalités

Article L244-1

Le cotisant, qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, est poursuivi devant le tribunal de police, soit à la requête du ministère public, éventuellement sur la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, soit à la requête de toute partie intéressée et, notamment, de tout organisme de sécurité sociale.

Article L244-2

Toute action ou poursuite effectuée en application de l'article précédent ou des articles L. 244-6 et L. 244-11 est obligatoirement précédée, si elle a lieu à la requête du ministère public, d'un avertissement par lettre recommandée de l'autorité compétente de l'Etat invitant l'employeur ou le travailleur indépendant à régulariser sa situation dans le mois. Si la poursuite n'a pas lieu à la requête du ministère public, ledit avertissement est remplacé par une mise en demeure adressée par lettre recommandée à l'employeur ou au travailleur indépendant.

Le contenu de l'avertissement ou de la mise en demeure mentionnés au premier alinéa doit être précis et motivé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L244-3

L'avertissement ou la mise en demeure ne peut concerner que les cotisations exigibles au cours des trois années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi. En cas de constatation d'une infraction de travail illégal par procès-verbal établi par un agent verbalisateur, l'avertissement ou la mise en demeure peut concerner les cotisations exigibles au cours des cinq années civiles qui précèdent l'année de leur envoi ainsi que les cotisations exigibles au cours de l'année de leur envoi.

L'avertissement ou la mise en demeure qui concerne le recouvrement des majorations de retard correspondant aux cotisations payées ou aux cotisations exigibles dans le délai fixé au premier alinéa doit

être adressé avant l'expiration d'un délai de deux ans à compter du paiement des cotisations qui ont donné lieu à l'application desdites majorations.

Les pénalités de retard appliquées en cas de production tardive ou de défaut de production des déclarations obligatoires relatives aux cotisations et contributions sociales et des déclarations annuelles des données sociales doivent être mises en recouvrement par voie de mise en demeure dans un délai de deux ans à compter de la date de production desdits documents ou, à défaut, à compter selon le cas soit de la notification de l'avertissement, soit de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2.

Article L244-4

Il y a récidive lorsque dans les douze mois antérieurs à la date d'expiration du délai d'un mois imparti par l'avertissement ou la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, le contrevenant a déjà subi une condamnation pour une contravention identique.

Le tribunal peut, en outre, prononcer pour une durée de six mois à cinq ans :

1°) l'inéligibilité du contrevenant aux chambres de commerce, aux tribunaux de commerce, aux chambres d'agriculture et aux chambres de métiers, au conseil de prud'hommes ;

2°) son incapacité à faire partie des comités et conseils consultatifs constitués auprès du Gouvernement.

Article L244-5

Dans tous les cas prévus aux articles L. 244-1 à L. 244-4, le tribunal peut ordonner que le jugement de condamnation soit publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne, et affiché dans les lieux qu'il indique, le tout aux frais du contrevenant, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 1 % du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3.

Article L244-6

En cas de récidive dans le délai de trois ans, l'employeur qui a retenu par devers lui indûment la contribution des salariés aux assurances sociales précomptée sur le salaire est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 3 750 euros ou de l'une de ces deux peines seulement.

Article L244-7

En ce qui concerne les infractions mentionnées aux articles L. 244-1 à L. 244-4 et L. 244-6, les délais de prescription de l'action publique commencent à courir à compter de l'expiration du délai d'un mois qui suit, selon le cas, soit l'avertissement, soit la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2.

Article L244-8

Indépendamment des sanctions prévues aux articles L. 244-1 à L. 244-7, les caisses primaires d'assurance maladie sont fondées à poursuivre, auprès de l'employeur, dans les conditions fixées aux alinéas suivants, le remboursement des prestations de maladie de longue durée ou d'accident du travail effectivement servies par elles aux salariés ou assimilés de l'entreprise. Cette sanction est encourue lorsque, à la date de l'accident ou de l'arrêt de travail, l'employeur n'avait pas acquitté l'intégralité des cotisations de sécurité sociale dues pour son personnel.

Cette sanction est limitée au remboursement des prestations effectivement servies aux assurés, entre la date de l'accident ou celle de l'arrêt de travail provoqué par l'affection mentionnée à l'article L. 324-1, et la date de l'acquittement des cotisations impayées par l'employeur pour l'ensemble de son personnel, lors de l'accident ou de l'arrêt de travail du salarié ou assimilé.

Ce remboursement ne pourra, d'autre part, être supérieur au montant des cotisations dues pour l'ensemble du personnel à la date de l'accident ou de l'arrêt de travail.

Article L244-9

La contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale pour le recouvrement des cotisations et majorations de retard comporte, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, dans les délais et selon des conditions fixés par décret, tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Article L244-10

Les jugements intervenus en application du présent chapitre sont susceptibles d'appel de la part du ministère public et des parties intéressées.

Article L244-11

L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration du délai imparti par les avertissements ou mises en demeure prévus aux articles L. 244-2 et L. 244-3.

Article L244-12

Tout intermédiaire convaincu d'avoir, moyennant une rémunération quelconque, offert, accepté de prêter ou prêté des services à un employeur en vue de lui permettre de contrevenir à la législation de sécurité sociale, sera puni d'une amende de 3 750 euros et d'un emprisonnement de six mois.

Article L244-13

Sont nulles de plein droit et de nul effet les obligations contractées pour rémunération de leurs services ou avances envers les intermédiaires qui, moyennant émoluments convenus au préalable, offrent ou acceptent de prêter leurs services en vue d'obtenir, au profit de quiconque, le bénéfice d'une remise, même partielle, sur les sommes réclamées par les organismes de sécurité sociale en exécution de dispositions légales ou réglementaires.

Tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ses services dans le but spécifié au premier alinéa du présent article sera puni d'une amende de 1 500 euros (1) et, en cas de récidive, d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 3 750 euros (2). Le tribunal peut ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne et affiché dans les lieux qu'il indique, le tout aux frais du contrevenant sans que le coût total de ces différentes opérations puisse dépasser 15 euros.

(1) Amende applicable depuis le 1er mars 1994 - contravention de 5^o classe.

(2) Amende applicable depuis le 1er mars 1994 - délit.

Article L244-14

Tout agent ou ancien agent d'un organisme de sécurité sociale qui, soit en activité, en position de congé ou de disponibilité, soit après admission à la retraite, soit après démission ou révocation et pendant un délai de cinq ans à compter de la cessation de ses fonctions, intervient, moyennant rémunération, prend ou reçoit une participation par travail, conseils ou capitaux dans une entreprise en vue de faire obtenir par des cotisants une remise, totale ou partielle, sur les sommes qui leur sont réclamées par les organismes de sécurité sociale en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, sera puni d'un emprisonnement de deux ans et de 4 500 euros d'amende.

Le tribunal peut ordonner, dans tous les cas, que le jugement de condamnation sera publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne et affiché dans les lieux qu'il indique, le tout aux frais du contrevenant sans que le coût total de ces différentes opérations puisse dépasser 15 euros.

Les cotisants considérés comme complices seront frappés des mêmes peines.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 5 : Ressources autres que les cotisations

Section 1 : Contribution des entreprises de préparation de médicaments.

Article L245-1

Il est institué au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens des articles L5124-1, L5124-2, L5136-2 et L5124-18 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et dernier alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Article L245-2

I.-La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :

1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

2° Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;

3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant exclusivement une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste

mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut.

II.-II est procédé sur l'assiette définie au I :

1° A un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois ;

2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède 30 millions d'euros.

Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

III.-Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :

PART DE L'ASSIETTE correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à 4° du I après déduction, le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)
R < 6,5 %	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2 o) (1) 19

6,5 % # R < 12 %	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2 o) (1) 29
12 % # R < 14 %	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2 o) (1) 36
R # 14 %	(L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, II, 2 o) (1) 39
(1) NDLR : Les dispositions de l'article 73 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 s'appliquent pour la première fois à la détermination de la contribution due au plus tard le 1 ^{er} décembre 2005 (L. n° 2004-810,13 août 2004, art. 73, III)	

Article L245-3

La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L245-4

Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux quatre derniers alinéas, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, au titre des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou faisant l'objet d'un enregistrement en application des dispositions de l'article L. 5121-13 du code de la santé publique et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, est inférieur à 15 millions d'euros.

Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération :

1° Celles qui sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros ;

2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 15 millions d'euros.

Le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois.

Article L245-5

La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

Article L245-5-1 A

La contribution est versée de manière provisionnelle le 1er juin de chaque année, pour un montant correspondant à 75 % de la contribution due au titre de l'année précédente. La régularisation annuelle intervient au 1er mars de l'année suivante.

Section 2 : Contributions à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 162-17

Article L245-5-1

Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits aux titres Ier et III de la liste prévue à l'article L. 165-1.

Article L245-5-2

La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :

1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes, qu'elles soient ou non salariées des entreprises redevables de la contribution, qui interviennent en France aux fins de présenter, promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à la promotion, la présentation ou la vente des produits et prestations aux titres Ier et III sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

2° Des remboursements de frais de transports, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;

3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent.

4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des produits et prestations dont l'entreprise assure la fabrication, l'importation ou la distribution, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés

à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut.

Il est procédé sur l'assiette définie aux alinéas précédents à un abattement forfaitaire de 50 000 euros. Cet abattement est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois. Il est procédé à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3°.

Le taux de la contribution est fixé à 15 %.

Article L245-5-3

Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux quatre derniers alinéas, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, au titre des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, est inférieur à 11 millions d'euros.

Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération :

1° Celles qui sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 11 millions d'euros ;

2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 11 millions d'euros.

Le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois.

Article L245-5-4

La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

Article L245-5-5

La contribution est versée de manière provisionnelle le 1er juin de chaque année, pour un montant correspondant à 75 % de la contribution due au titre de l'année précédente. La régularisation annuelle intervient au 1er mars de l'année suivante.

La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L245-5-5-1

I.-Les personnes assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 A du code général des impôts qui effectuent la première vente en France des dispositifs définis au II du présent article sont soumises à une contribution perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

II.-La contribution s'applique aux dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro définis à l'article L. 5221-1 du même code.

III.-L'assiette de la contribution est constituée du montant total des ventes de dispositifs mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées en France au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due.

IV.-Le taux de la contribution est fixé à 0,29 %.

V.-La contribution n'est pas exigible lorsque le montant total des ventes mentionnées au III n'a pas atteint, au cours de l'année civile au titre de laquelle elle est due, un montant hors taxes de 500 000 €.

VI.-La première vente en France au sens du I s'entend de la première vente intervenant après fabrication en France ou après introduction en France en provenance de l'étranger de dispositifs mentionnés au II.

Le fait générateur de la contribution intervient lors de la première vente des dispositifs mentionnés au même II. La contribution est exigible lors de la réalisation de ce fait générateur.

VII.-La contribution mentionnée au I du présent article est versée selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article L. 245-5-5 du présent code.

VIII.-L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de la contribution mentionnée au I du présent article, dans des conditions et suivant des modalités déterminées par décret.

Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont connaissance en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Article L245-5-6

Les modalités d'application de la présente section sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Section 2 bis : Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques

Article L245-6

I.-Il est institué une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.

II.-La contribution prévue au I du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :

1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;

2° D'une autorisation de mise sur le marché, au sens de l'article L. 5121-8 du même code, délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 dudit code ;

3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne, au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;

4° D'une autorisation d'importation parallèle, en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.

III.-Sont exclus de l'assiette prévue au II du présent article :

1° Les spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ;

2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros ;

3° Les médicaments dérivés du sang respectant les principes mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique ou relevant du second alinéa de l'article L. 5121-11 du même code. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des spécialités ou des lots de production exclus de l'assiette.

IV.-Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution prévue au I du présent article s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national pour une liste de produits fixée par arrêté et dans des conditions définies par une convention tripartite passée entre l'Etat, un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les entreprises fabriquant ou exploitant des médicaments et un ou plusieurs syndicats ou organisations représentant les grossistes-répartiteurs.

V.-Le taux de la contribution prévue au I du présent article est fixé à 0,17 %.

VI.-Une contribution additionnelle à la contribution prévue au I est instituée pour les entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, ou d'une ou plusieurs spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

VII.-La contribution additionnelle prévue au VI du présent article est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux II, III et IV du présent article et inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

VIII.-Le taux de la contribution additionnelle prévue au VI du présent article est de 1,6 %.

IX.-Les contributions prévues aux I et VI sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

X.-Les contributions prévues aux I et VI sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1er juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1er mars de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues.

Section 3 : Cotisation sur les boissons alcooliques.

Article L245-7

Il est institué une cotisation perçue sur les boissons alcooliques en raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé.

Article L245-8

La cotisation est due à raison de l'importation ou la livraison aux consommateurs de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 18 % vol.

La cotisation est acquittée par l'importateur ou pour le compte des consommateurs par les entrepositaires agréés, les destinataires enregistrés, les représentants fiscaux des opérateurs établis dans un autre Etat membre de la Communauté européenne, respectivement mentionnés aux articles 302 G, 302 H ter et 302 V bis du code général des impôts et les personnes qui font la déclaration mentionnée au I de l'article 302 U bis du même code et qui livrent directement ces boissons aux détaillants ou aux consommateurs. Sont également redevables de la cotisation les personnes mentionnées aux 2°, 2° bis et 4° du 2 du I de l'article 302 D du code général des impôts.

Article L245-9

Le montant de la cotisation est fixé à :

1° 555,68 € par hectolitre d'alcool pur pour les boissons définies au b du I de l'article 401 du code général des impôts ;

2° 46,92 € par hectolitre pour les autres boissons.

Ce montant ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable pour les boissons relevant des codes NC 2204, 2205, 2206.

Le tarif de la cotisation est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq . Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

Article L245-10

La cotisation est assise, contrôlée et recouvrée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, assistée, en tant que de besoin, par les services de l'Etat désignés par arrêté, selon les mêmes règles, conditions, garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes. Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion de la cotisation sont fixés par arrêté et s'imputent sur celle-ci.

Article L245-11

La cotisation n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, de l'impôt sur les sociétés dû par le consommateur.

Article L245-12

Un décret fixe les conditions d'application de la présente section.

Section 4 : Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés

Article L245-13

Il est institué une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés prévue par les articles L. 651-1 et suivants. Cette contribution additionnelle est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés. Son taux est de 0,03 %.

Section 5 : Prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement

Article L245-14

Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à un prélèvement sur les revenus et les sommes mentionnés aux I et II de l'article L. 136-6. Sont également soumises à ce prélèvement, à raison des revenus mentionnés au I bis de l'article L. 136-6 du présent code, les personnes physiques qui ne sont pas fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. Les dispositions du III de l'article L. 136-6 sont applicables à ce prélèvement.

Article L245-15

Les produits de placement assujettis à la contribution prévue aux I à II de l'article L. 136-7 sont assujettis à un prélèvement social.

Les dispositions des III à VI de ce même article sont applicables au prélèvement mentionné à l'alinéa précédent.

Article L245-16

I. - Le taux des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 est fixé à 4,5 %.

II. - Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :

- une part correspondant à un taux de 1,15 % à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
- une part correspondant à un taux de 3,35 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 1er : Gestion des risques et fonds

Section 2 : Assurance vieillesse et assurance veuvage.

Article L251-6-1

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés affecte au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 :

1° Le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l'exception de celui du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe chaque année la date de ce versement ;

2° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 2 : Dotations - Budgets - Etats prévisionnels

Section 1 : Organismes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L252-1

Pour assurer le service des prestations de la branche maladie, maternité, invalidité et décès, la caisse nationale de la branche maladie attribue aux caisses primaires des dotations annuelles, d'une part, pour les soins de santé, d'autre part, pour les incapacités de travail et le décès, établies en fonction des charges qu'elles ont à couvrir, dans des conditions définies par arrêté interministériel après avis du conseil de la caisse nationale.

La caisse nationale attribue, dans les mêmes conditions, aux caisses primaires les dotations annuelles nécessaires au service de l'assurance "accidents du travail et maladies professionnelles".

Article L252-2

Si les dotations attribuées à une caisse primaire excèdent le montant des charges correspondantes, les excédents constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés pour partie à son compte d'action sanitaire et sociale et pour partie au fonds de réserve de la caisse nationale, selon les modalités fixées par arrêté interministériel.

Article L252-3

Si les dotations attribuées à une caisse primaire ne lui permettent pas d'assurer la couverture des charges correspondantes, l'équilibre financier doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur le fonds de réserve de la caisse nationale, à concurrence des excédents qui y ont été affectés par la caisse primaire intéressée conformément aux dispositions de l'article L. 252-2, ou, à défaut, par une avance ou une subvention que la caisse nationale peut accorder sur demande motivée de la caisse primaire.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 3 : Gestion financière

Article L253-1

Les ressources recouvrées en exécution du présent code ne peuvent être affectées à une institution autre que celle au titre de laquelle elles sont perçues.

L'autorité compétente de l'Etat peut ordonner l'exécution des virements qui ne sont pas effectués par une union de recouvrement dans un délai déterminé.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 5 : Trésorerie

Article L255-1

Les intérêts créditeurs et débiteurs résultant de la gestion de trésorerie prévue au premier alinéa de l'article L. 225-1 et à l'article L. 225-1-3 ainsi que les produits résultant de celle prévue au dernier alinéa de l'article L. 225-1 sont affectés aux branches gérées par les caisses nationales et aux régimes, organismes et fonds mentionnés à l'article L. 225-1-3 sur la base du solde comptable quotidien de leur trésorerie constaté par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 6 : Dispositions communes - Dispositions diverses

Article L256-3

Les organismes de sécurité sociale sont habilités à purger les hypothèques légales grevant, le cas échéant, les immeubles affectés à la garantie hypothécaire des prêts qu'ils ont consentis.

Article L256-4

Sauf en ce qui concerne les cotisations et majorations de retard, les créances des caisses nées de l'application de la législation de sécurité sociale, notamment dans des cas mentionnés aux articles L. 244-8, L. 374-1, L. 376-1 à L. 376-3, L. 452-2 à L. 452-5, L. 454-1 et L. 811-6, peuvent être réduites en cas de précarité de la situation du débiteur par décision motivée par la caisse.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 2 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale dans la branche maladie

Article L262-1

Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail exercent une action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sanitaire et sociale destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité dans le cadre de programmes définis par l'autorité compétente de l'Etat, après avis et proposition du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie et compte tenu de la coordination assurée par celle-ci conformément aux dispositions des 3° et 4° de l'article L. 221-1.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 3 : Action sociale dans la branche "prestations familiales"

Article L263-1

Les caisses d'allocations familiales exercent une action sanitaire et sociale en faveur de leurs ressortissants et des familles de ceux-ci dans le cadre du programme mentionné au 2° de l'article L. 223-1.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 1er : Relations avec le régime agricole

Article L271-1

Les relations d'ordre financier, comptable et administratif entre, d'une part, chacune des trois caisses nationales et l'agence centrale du régime général des salariés, et, d'autre part, chacune des trois caisses centrales de la mutualité sociale agricole, représentant les caisses de mutualité sociale agricole, sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 2 : Sanctions

Article L272-1

Sont passibles d'une amende de 3 750 euros et d'un emprisonnement de six mois les membres du conseil ou les administrateurs, directeurs ou agents de tous les organismes de sécurité sociale en cas de fraude ou de fausse déclaration, dans l'encaissement ou dans la gestion, le tout sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet.

Article L272-2

Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 7,5 euros.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 3 : Surveillance des obligations des employeurs et des bénéficiaires

Article L273-1

Les autorités compétentes de l'Etat sont chargées de veiller à l'observation des obligations incombant tant aux employeurs qu'aux bénéficiaires en ce qui concerne l'affiliation et le versement des cotisations.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 8 : Contrôle de l'administration - Dispositions d'application du livre 2

Chapitre 1er : Contrôle sur les organismes locaux et régionaux

Article L281-1

La gestion des organismes du régime général est soumise au contrôle de l'Etat.

Article L281-2

En cas de carence du conseil ou du conseil d'administration ou du directeur d'un organisme du régime général de sécurité sociale, l'organisme national compétent, à l'expiration d'un délai déterminé, peut, au lieu et place du conseil ou du conseil d'administration ou du directeur, ordonner l'exécution d'une dépense ou le recouvrement d'une recette, lorsque la dépense ou la recette a un caractère obligatoire en vertu d'une disposition législative ou réglementaire ou d'une décision de justice. En cas de carence de la caisse nationale, l'autorité compétente de l'Etat ordonne elle-même l'exécution de ladite dépense ou le recouvrement de ladite recette.

L'agent comptable est tenu, sous sa responsabilité, de procéder à l'exécution de la dépense ou au recouvrement de la recette.

Article L281-3

L'autorité compétente de l'Etat peut :

1°) en cas d'irrégularités graves, de mauvaise gestion ou de carence du conseil ou du conseil d'administration d'une caisse d'allocations familiales ou d'une caisse primaire d'assurance maladie, d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, suspendre ou dissoudre ce conseil et nommer un administrateur provisoire ;

2°) si les irrégularités ou la mauvaise gestion sont imputables à un ou plusieurs membres du conseil ou du conseil d'administration, révoquer ceux-ci, après avis dudit conseil.

Article L281-4

Les caisses primaires d'assurance maladie, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, les caisses d'allocations familiales et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle soumettent leurs statuts et leur règlement intérieur à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat.

Toute modification aux statuts ou au règlement intérieur doit être également approuvée, préalablement à son entrée en vigueur, par l'autorité compétente de l'Etat.

Article L281-5

L'autorité compétente de l'Etat arrête, après avis du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse ou de la Caisse nationale des allocations familiales selon le cas, les modèles de statuts et de règlement intérieur des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses d'allocations familiales.

Ces documents comportent des dispositions obligatoires pour toutes les caisses de même catégorie et des dispositions facultatives.

Les dispositions obligatoires du règlement intérieur modèle sont applicables dès leur publication.

Article L281-6

Les dispositions des articles L. 281-4 et L. 281-5 ci-dessus sont applicables aux unions et fédérations de caisses d'assurance maladie constituées en application de l'article L. 216-2, aux fédérations de caisses d'allocations familiales constituées en application de l'article L. 216-4 ainsi qu'aux fédérations mentionnées à l'article L. 216-3 du présent code.

Dans ce dernier cas, le conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie et le conseil d'administration de la caisse nationale des allocations familiales sont appelés l'un et l'autre à donner leur avis.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 8 : Contrôle de l'administration - Dispositions d'application du livre 2

Chapitre 2 : Contrôle sur les organismes nationaux

Article L282-1

Le règlement intérieur de chaque caisse nationale et de l'agence centrale sont soumis à l'approbation de l'autorité compétente de l'Etat.

Partie législative

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses

Titre 8 : Contrôle de l'administration - Dispositions d'application du livre 2

Chapitre 3 : Dispositions d'application

Article L283-1

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre II et, notamment, celles relatives au contrôle financier. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1er : Champ d'application des assurances sociales

Article L311-1

Les assurances sociales du régime général assurent le versement des prestations en espèces liées aux risques ou charges de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, de maternité, ainsi que de paternité, dans les conditions fixées par les articles suivants.

Article L311-2

Sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales du régime général, quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, toutes les personnes quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat.

Article L311-3

Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :

1° les travailleurs à domicile soumis aux dispositions des articles L. 721-1 et suivants du code du travail ;

2° les voyageurs et représentants de commerce soumis aux dispositions des articles L. 751-1 et suivants du code du travail ;

3° les employés d'hôtels, cafés et restaurants ;

4° sans préjudice des dispositions du 5°) du présent article réglant la situation des sous-agents d'assurances, les mandataires non assujettis à la contribution économique territoriale mentionnés au 4° de l'article R. 511-2 du code des assurances rémunérés à la commission, qui effectuent d'une façon habituelle et suivie des

opérations de présentation d'assurances pour une ou plusieurs entreprises d'assurances telles que définies par l'article L. 310-1 du code des assurances et qui ont tiré de ces opérations plus de la moitié de leurs ressources de l'année précédente ;

5° les sous-agents d'assurances travaillant d'une façon habituelle et suivie pour un ou plusieurs agents généraux et à qui il est imposé, en plus de la prospection de la clientèle, des tâches sédentaires au siège de l'agence ;

6° les gérants non-salariés des coopératives et les gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ou d'autres établissements commerciaux ou industriels ;

7° les conducteurs de voitures publiques dont l'exploitation est assujettie à des tarifs de transport fixés par l'autorité publique, lorsque ces conducteurs ne sont pas propriétaires de leur voiture ;

8° les porteurs de bagages occupés dans les gares s'ils sont liés, à cet effet, par un contrat avec l'exploitation ou avec un concessionnaire ;

9° les ouvreuses de théâtres, cinémas, et autres établissements de spectacles, ainsi que les employés qui sont dans les mêmes établissements chargés de la tenue des vestiaires et qui vendent aux spectateurs des objets de nature diverse ;

10° les personnes assurant habituellement à leur domicile, moyennant rémunération, la garde et l'entretien d'enfants qui leur sont confiés par les parents, une administration ou une oeuvre au contrôle desquels elles sont soumises ;

11° Les gérants de sociétés à responsabilité limitée et de sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée à condition que lesdits gérants ne possèdent pas ensemble plus de la moitié du capital social, étant entendu que les parts appartenant, en toute propriété ou en usufruit, au conjoint, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité et aux enfants mineurs non émancipés d'un gérant sont considérées comme possédées par ce dernier ;

12° Les présidents du conseil d'administration, les directeurs généraux et les directeurs généraux délégués des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme et les directeurs généraux et les directeurs généraux délégués des institutions de prévoyance, des unions d'institutions de prévoyance et des sociétés de groupe assurantiel de protection sociale ;

13° les membres des sociétés coopératives de production ainsi que les gérants, les directeurs généraux, les présidents du conseil d'administration et les membres du directoire des mêmes coopératives lorsqu'ils perçoivent une rémunération au titre de leurs fonctions et qu'ils n'occupent pas d'emploi salarié dans la même société ;

14° les délégués à la sécurité des ouvriers des carrières exerçant leurs fonctions dans des entreprises ne relevant pas du régime spécial de la sécurité sociale dans les mines, les obligations de l'employeur étant, en ce qui les concerne, assumées par le ou les exploitants intéressés ;

15° les artistes du spectacle et les mannequins auxquels sont reconnues applicables les dispositions des articles L. 762-1 et suivants, L. 763-1 et L. 763-2 du code du travail.

Les obligations de l'employeur sont assumées à l'égard des artistes du spectacle et des mannequins mentionnés à l'alinéa précédent, par les entreprises, établissements, services, associations, groupements ou personnes qui font appel à eux, même de façon occasionnelle ;

16° les journalistes professionnels et assimilés, au sens des articles L. 761-1 et L. 761-2 du code du travail, dont les fournitures d'articles, d'informations, de reportages, de dessins ou de photographies à une agence

de presse ou à une entreprise de presse quotidienne ou périodique, sont réglées à la pige, quelle que soit la nature du lien juridique qui les unit à cette agence ou entreprise ;

17° Les personnes agréées qui accueillent des personnes âgées ou handicapées adultes et qui ont passé avec celles-ci à cet effet un contrat conforme aux dispositions de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles ;

18° Les vendeurs-colporteurs de presse et porteurs de presse, visés aux paragraphes I et II de l'article 22 de la loi n° 91-1 du 3 janvier 1991 tendant au développement de l'emploi par la formation dans les entreprises, l'aide à l'insertion sociale et professionnelle et l'aménagement du temps de travail, pour l'application du troisième plan pour l'emploi, non immatriculés au registre du commerce ou au registre des métiers ;

19° Les avocats salariés, sauf pour les risques gérés par la Caisse nationale des barreaux français visée à l'article L. 723-1 à l'exception des risques invalidité-décès ;

20° Les vendeurs à domicile visés à l'article L. 135-1 du code de commerce, non immatriculés au registre du commerce ou au registre spécial des agents commerciaux ;

21° Les personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel.

Un décret précise les sommes, les activités et les employeurs entrant dans le champ d'application du présent 21°. Il fixe les conditions dans lesquelles, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, les sommes versées en rétribution de la participation à cette mission peuvent, en accord avec l'ensemble des parties, être versées à l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée l'activité salariée, quand ce dernier maintient en tout ou partie la rémunération.

Il fixe également les conditions dans lesquelles les deux premiers alinéas du présent 21° ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes participant à la mission de service public qui font partie des professions mentionnées à l'article L. 621-3. Dans ce cas, les sommes versées en rétribution de l'activité occasionnelle sont assujetties dans les mêmes conditions, selon les mêmes modalités et sous les mêmes garanties que le revenu d'activité non salarié, défini à l'article L. 131-6 du présent code, ou les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, que ces personnes tirent de leur profession.

22° Les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du d du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;

23° Les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées et des sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées ;

24° Les administrateurs des groupements mutualistes qui perçoivent une indemnité de fonction et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale ;

25° Les personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique dans les conditions définies par l'article L. 127-1 du code de commerce ;

26° Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 781-1 du code du travail ;

27° Les fonctionnaires et agents publics autorisés à faire des expertises ou à donner des consultations au titre du décret du 29 octobre 1936 relatif aux cumuls de retraites, de rémunérations et de fonctions, dans le cadre d'activités de recherche et d'innovation, ainsi que ceux qui sont autorisés à apporter leur concours scientifique à une entreprise qui assure la valorisation de leurs travaux au titre de l'article L. 531-8 du code de la recherche. Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables, sur leur demande, aux personnes inscrites

auprès des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales en qualité de travailleurs indépendants lorsque l'existence d'un lien de subordination avec le donneur d'ouvrage ne peut être établi ;

28° Les personnes ayant souscrit un service civique dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier bis du livre Ier du code du service national ;

29° Les arbitres et juges, mentionnés à l'article L. 223-1 du code du sport, au titre de leur activité d'arbitre ou de juge ;

30° Les présidents des sociétés coopératives de banque, mentionnées aux articles L. 512-61 à L. 512-67 du code monétaire et financier ;

31° Les salariés au titre des sommes ou avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 242-1-4 ;

32° Les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail.

34° Les gens de mer salariés employés à bord d'un navire mentionné à l'article L. 5561-1 du code des transports, sous réserve qu'ils ne soient soumis ni au régime spécial de sécurité sociale des marins ni au régime de protection sociale d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article L311-4

Sous réserve des dispositions applicables au régime agricole, les salariés liés par un contrat de travail temporaire relèvent ou, le cas échéant, continuent de relever du régime général de sécurité sociale, même si leur activité est exercée pour le compte d'un utilisateur entrant dans le champ d'application, soit d'une organisation spéciale de sécurité sociale, soit d'un autre régime de sécurité sociale.

Article L311-5

Toute personne percevant l'une des allocations mentionnées à l'article L. 5123-2 ou aux articles L. 1233-65 à L. 1233-69 et L. 1235-16 ou au 8° de l'article L. 1233-68 du code du travail ou l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du même code conserve la qualité d'assuré et bénéficie du maintien de ses droits aux prestations en espèces du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elle relevait antérieurement. Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat.

Les personnes qui, pendant un congé parental ou à l'issue de ce congé, sont involontairement privées d'emploi bénéficient, tant que dure leur indemnisation, de leurs droits aux prestations en espèces du régime obligatoire d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès dont elles relevaient antérieurement au congé parental d'éducation.

Article L311-6

Est affilié au régime général de sécurité sociale le conjoint d'un travailleur non salarié qui participe effectivement à l'entreprise ou à l'activité de son époux, à titre professionnel et habituel, et perçoit un salaire correspondant au salaire normal de sa catégorie professionnelle.

S'il exerce au sein de l'entreprise des activités diverses ou une activité qui n'est pas définie par une convention collective, sa rémunération horaire minimale est égale au salaire minimum de croissance.

Article L311-7

Les travailleurs étrangers et les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 du présent code qui leur sont rattachées bénéficient des prestations d'assurances sociales. A l'exception des prestations d'assurance vieillesse, le bénéfice de ces prestations est subordonné à la justification de leur résidence en France.

Par dérogation au premier alinéa et à toute disposition contraire, le bénéficiaire de l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants prévue à l'article L. 117-3 du code de l'action sociale et des familles a droit, lors de ses séjours en France, au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime obligatoire d'assurances maladie et maternité dont il relevait au moment de son départ ou, à défaut, du régime général de sécurité sociale.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent aux étrangers ayant leur résidence à l'étranger et leur lieu de travail permanent en France s'il a été passé à cet effet une convention avec leur pays d'origine.

Article L311-11

Les personnes physiques visées au premier alinéa de l'article L. 120-3 du code du travail ne relèvent du régime général de la sécurité sociale que s'il est établi que leur activité les place dans un lien de subordination juridique permanente à l'égard d'un donneur d'ordre.

Elles peuvent demander aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de leur indiquer si cette activité relève de ce régime.

A défaut de réponse dans le délai de deux mois suivant la date de cette demande ou en cas de réponse négative, les personnes en cause ne peuvent se voir imposer ultérieurement une affiliation au régime général que si les conditions d'exercice de leur activité ont été substantiellement modifiées ou si les informations qu'elles ont fournies étaient erronées.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 2 : Affiliation - Immatriculation

Article L312-2

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités suivant lesquelles est effectuée l'immatriculation aux assurances sociales des travailleurs remplissant les conditions requises pour être affiliés.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 3 : Droit aux prestations (maladie, maternité, invalidité, décès)

Article L313-1

I.-Pour avoir droit :

1° (abrogé) ;

2° Aux prestations prévues à l'article L. 321-1 pendant une durée déterminée ;

3° Aux prestations en espèces des assurances maternité et décès,

l'assuré social doit justifier, au cours d'une période de référence, soit avoir cotisé sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit avoir effectué un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.

II.-Pour bénéficier :

1° Des prestations prévues à l'article L. 321-1, sans interruption, au-delà de la durée fixée en application du 2° du I ;

2° Des indemnités journalières de l'assurance maternité,

l'assuré doit, en outre, justifier d'une durée minimale d'immatriculation.

Article L313-2

Les conditions dans lesquelles certaines périodes d'inactivité peuvent être assimilées à des périodes de travail salarié pour l'ouverture du droit aux prestations sont fixées par le décret prévu à l'article L. 383-1.

Article L313-6

Par dérogation à l'article L313-1 et à toutes dispositions contraires, les périodes d'interruption de travail des assurés liées à un arrêt provoqué par un accident survenu ou une maladie contractée en service en qualité

de sapeur-pompier volontaire ne sont pas prises en compte dans les durées de leurs droits aux prestations de l'assurance maladie dont ils peuvent bénéficier au titre des autres accidents ou maladies.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 : Dispositions relatives aux soins pris en charge par l'assurance maladie

Article L314-1

Lorsqu'elles reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, les caisses, avec l'appui des services médicaux de chacun des régimes d'assurance maladie obligatoire, dans le respect du secret professionnel et médical, vérifient :

1° Que l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli, notamment les exigences prévues aux articles L. 162-4, L. 162-4-1, L. 161-36-2, L. 315-2, L. 322-3 et L. 324-1 ;

2° Que les actes pratiqués ou les traitements prescrits :

a) N'excèdent pas les limites et indications prévues par les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ;

b) Respectent les recommandations de bonne pratique cliniques et les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 ;

3° Que les dépenses présentées au remboursement, y compris les dépassements d'honoraires, ne méconnaissent pas les engagements conventionnels ou le règlement arbitral, les engagements prévus dans les contrats souscrits en application des articles L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 183-1-1 et les accords prévus à l'article L. 162-12-17.

Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications mentionnées ci-dessus.

Lorsqu'une anomalie est constatée par la caisse ou le service médical, ceux-ci apprécient les responsabilités respectives de l'assuré ou du professionnel de santé dans l'observation des règles prévues au présent article. En fonction de cette appréciation et des irrégularités relevées, il est fait application des procédures prévues au présent code, et notamment celles mentionnées aux articles L. 114-17-1, L. 162-1-15 et L. 315-2. Si l'irrégularité est imputable à l'assuré ou à son ayant droit, la caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 5 : Contrôle médical

Article L315-1

I. - Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

II. - Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en oeuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service :

1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré.

III. - Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7.

III. bis. - Le service du contrôle médical procède auprès des établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments,

produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie ou à prise en charge par l'Etat en application des articles L. 251-2 ou L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

IV. - Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.

Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5° de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie.

IV. bis. - Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie.

V. - Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.

VI. - Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré.

Article L315-2

Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.

Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :

-la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;

-la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

-le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie ou de l'Etat en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il est précisé lors de la prise en charge des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.

Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Si, indépendamment des dispositions des deuxième à cinquième alinéas, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée aux articles L. 160-8 et L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré ou le bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, en suspend le service. En cas de suspension du service des indemnités mentionnées à l'article L. 321-1, la caisse en informe l'employeur. Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.

Article L315-2-1

Si, au vu des dépenses présentées au remboursement ou de la fréquence des prescriptions d'arrêt de travail, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré ou à un bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'intéressé, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré ou au bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement ou, à défaut, par le service du contrôle médical.

Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 1er : Dispositions générales

Article L321-1

L'assurance maladie assure le versement d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant, selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée, dans les mêmes conditions, par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.

Article L321-2

En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai déterminé et, sous les sanctions prévues par décret, une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et qui doit comporter la signature du médecin.

Le directeur de la caisse primaire met en oeuvre le dispositif de sanctions prévu à l'alinéa précédent.

Article L321-3

La caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de la vie, à un examen de santé gratuit.

En cas de carence de la caisse, l'assuré et les membres de sa famille peuvent demander à subir cet examen.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par le décret en Conseil d'Etat qui prévoit toutes mesures utiles pour éviter le double emploi de cet examen de santé avec toute autre visite de médecine préventive organisée en application d'une autre disposition législative ou réglementaire.

Les personnes admises dans une école de la deuxième chance mentionnée à l'article L. 214-14 du code de l'éducation, les jeunes effectuant un service civique en application du II de l'article L. 120-1 du code du service national, les apprentis mentionnés à l'article L. 6221-1 du code du travail, les volontaires stagiaires

du service militaire adapté mentionnés à l'article L. 4132-12 du code de la défense et les titulaires d'un contrat de professionnalisation mentionnés au 1° de l'article L. 6325-1 du code du travail sont informés, dans des conditions définies par voie réglementaire, de la possibilité d'effectuer l'examen prévu au premier alinéa.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 2 : Prestations en nature

Section 1 : Participation de l'assuré

Section 2 : Frais de déplacement de l'assuré - Frais de transport

Article L322-5

Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment celles relatives à l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé.

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.

L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L322-5-1

L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée.

La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2.

Article L322-5-2

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;

2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;

3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ;

6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.

Article L322-5-4

La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.

Pour les entreprises non régies par la convention nationale, les tarifs servant de base au remboursement sont fixés par arrêté interministériel.

Article L322-5-5

Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux ou que ces dépenses dépassent un montant fixé par arrêté, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement actualisé par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières reposant notamment sur une analyse des prescriptions des praticiens exerçant dans l'établissement non conformes à l'exigence, prévue à l'article L. 321-1 du présent code, de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

Section 3 : Dispositions diverses

Article L322-6

En ce qui concerne la prothèse dentaire, l'assuré et les membres de sa famille n'ont droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 3 : Prestations en espèces

Article L323-1

L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité de travail et est due pour chaque jour ouvrable ou non. Elle peut être servie pendant une période d'une durée maximale, et calculée dans les conditions ci-après :

1°) pour les affections donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est calculée de date à date pour chaque affection. Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, le délai ci-dessus court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale ;

2°) pour les affections non mentionnées à l'article L. 324-1, l'assuré ne peut recevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, pour une période quelconque d'une durée fixée comme il a été dit ci-dessus, un nombre d'indemnités journalières supérieur à un chiffre déterminé.

Article L323-2

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 323-1, l'indemnité journalière due aux personnes ayant atteint un âge déterminé, titulaires d'une pension, rente ou allocation de vieillesse servie par un régime de sécurité sociale ou par le régime des pensions civiles et militaires, ou par tout autre régime législatif ou réglementaire de retraite, dont le montant annuel dépasse un chiffre fixé par décret est réduite d'une somme égale au montant desdites pension, rente et allocation correspondant à la même période ou supprimée si ce montant dépasse celui de l'indemnité journalière. Toutefois, l'indemnité journalière des assurés qui supportent des charges de famille est seulement réduite dans des conditions fixées par décret.

Lorsque la pension ou la rente a été accordée à raison de l'inaptitude au travail de l'intéressé, l'indemnité journalière est supprimée à compter de l'expiration d'un délai déterminé.

Article L323-3

En cas de reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique faisant immédiatement suite à un arrêt de travail indemnisé à temps complet, une indemnité journalière est servie en tout ou partie, dans la limite prévue à l'avant-dernier alinéa du présent article, pendant une durée déterminée par décret :

1°) soit si la reprise du travail et si le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ;

2°) soit si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

Sauf cas exceptionnel que la caisse appréciera, le montant de l'indemnité servie ne peut porter le gain total de l'assuré à un chiffre excédant le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle.

L'exigence d'un arrêt de travail indemnisé à temps complet précédant immédiatement la reprise à temps partiel n'est pas opposable aux assurés atteints d'une affection donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection.

Article L323-3-1

Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré demande, avec l'accord du médecin traitant, à accéder aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou à des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire participe, sous réserve qu'après avis du médecin-conseil la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse fait part de son accord à l'assuré et, le cas échéant, à l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail.

Article L323-4

L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base. Pour les assurés ayant un nombre d'enfants minimum à charge, au sens de l'article L. 161-1, cette indemnité représente une fraction plus élevée du gain journalier de base, après une durée déterminée.

L'indemnité normale et l'indemnité majorée ne peuvent excéder des limites maximales fixées par rapport au gain mensuel.

Le gain journalier de base est déterminé d'après la ou les dernières payes antérieures à la date de l'interruption du travail.

Le taux et le maximum des indemnités journalières, la date à partir de laquelle l'indemnité est majorée, ainsi que les modalités de détermination du gain journalier de base sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'ouverture du bénéfice de l'assurance maladie et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée déterminée, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision dans les mêmes conditions.

Le montant de l'indemnité journalière peut subir un abattement ou une majoration en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article L. 251-4.

Article L323-4-1

Au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.

Article L323-5

L'indemnité journalière ne peut faire l'objet d'une saisie ou d'une cession que dans les conditions et limites fixées par la législation concernant la saisie des rémunérations.

Article L323-6

Le service de l'indemnité journalière est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :

1° D'observer les prescriptions du praticien ;

2° De se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 315-2 ;

3° De respecter les heures de sorties autorisées par le praticien selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat après avis de la Haute Autorité de santé ;

4° De s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation volontaire de ces obligations, le bénéficiaire restitue à la caisse les indemnités versées correspondantes.

En outre, si l'activité mentionnée au 4° a donné lieu à une rémunération, à des revenus professionnels ou à des gains, il peut être prononcé une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14.

En cas de recours formé contre les décisions de la caisse, les juridictions visées à l'article L. 142-2 contrôlent l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'importance de l'infraction commise par l'assuré.

Article L323-7

Lorsqu'une prescription d'arrêt de travail intervient, dans un délai précisé par décret, à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières, la reprise du service de ces dernières est subordonnée à l'avis du service du contrôle médical rendu dans un délai défini par décret.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 4 : Qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée

Article L324-1

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, le médecin traitant détermine le traitement que le bénéficiaire de l'assurance maladie doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1° De se soumettre aux traitements et aux mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant et, en cas de désaccord avec le service du contrôle médical, par un expert ;

2° De se soumettre aux visites médicales et aux contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3° De s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4° D'accomplir les exercices ou les travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, établit un protocole de soins. Ce protocole, périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37, les actes et les prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3 (1). La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37.

Le protocole établi par le médecin traitant est adressé au service du contrôle médical, qui fait connaître son avis à la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré. A défaut d'observations transmises dans un délai fixé par voie réglementaire, l'avis est réputé favorable. Le directeur de l'organisme notifie à l'assuré la décision statuant sur la suppression ou la limitation de la participation de ce dernier.

Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.

Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 5 : Dispositions particulières aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Article L325-1

I.-Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés prévues aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 160-8, pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 160-13 à l'exception de celles mentionnées aux II et III de cet article. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des conditions définies par décret.

II.-Le régime local est applicable aux catégories d'assurés sociaux du régime général des salariés mentionnés ci-après :

1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ;

2° Maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, agents non titulaires de l'Etat et de ses établissements publics administratifs, agents contractuels de La Poste et de France Télécom, agents non titulaires des collectivités territoriales et des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui exercent leur activité dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ;

3° Salariés du Port autonome de Strasbourg ;

4° Personnes visées aux articles L. 161-1, L. 161-8 et L. 161-9, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont été bénéficiaires du régime local en qualité d'assurés ou d'ayants droit du régime général et qui continuent à en bénéficier pendant la durée du maintien de droit au régime général ;

5° Titulaires de revenus de remplacement, indemnités et allocations de chômage mentionnés à l'article L. 311-5, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont bénéficié du régime local en qualité de salariés, soit ont rempli, en qualité de travailleurs frontaliers selon le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, les conditions pour bénéficier du régime local d'assurance maladie au moment de leur inscription aux associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce ;

6° Titulaires d'allocations de préretraite en application d'accords d'entreprise et titulaires d'un revenu de remplacement au titre d'un congé de fin d'activité, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui bénéficiaient du régime local en qualité de salariés au moment de leur mise en préretraite ou en fin d'activité ;

7° Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de réversion mentionnés aux articles L. 341-1 et L. 342-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à leur mise en invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit, ainsi que les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension de réversion mentionnés à l'article L. 371-1, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont, préalablement à la perception de cette rente ou pension d'invalidité, bénéficié du régime local en qualité de salariés ou d'ayants droit ;

8° Titulaires d'un avantage de vieillesse qui résident dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle et qui bénéficient du régime local d'assurance maladie au 1er juillet 1998 ;

9° Titulaires d'un avantage de vieillesse, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ;

10° Titulaires d'un avantage de vieillesse ne remplissant pas les conditions fixées à l'alinéa précédent, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont relevé du régime local d'assurance maladie pendant au moins soixante trimestres d'assurance au sens de la législation applicable au régime général d'assurance vieillesse et qui en demandent le bénéfice dans un délai et selon des modalités déterminés par décret, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse ou au régime défini au 2° de l'article L. 181-1 ;

11° Titulaires d'un avantage de vieillesse au titre d'une législation française ou au titre d'une législation française et d'une législation d'un ou plusieurs autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, qui ont bénéficié, en qualité de travailleur frontalier selon le règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 précité, de prestations équivalentes à celles servies par le régime général et le régime local d'assurance maladie soit pendant les cinq années précédant leur départ en retraite ou leur cessation d'activité, soit pendant dix années durant les quinze précédant ce départ en retraite ou cette cessation d'activité, sous réserve qu'ils justifient de la plus longue durée d'affiliation à un régime obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en tenant compte des périodes d'assurance

au titre des législations des autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Les dispositions des 9° et 10° sont applicables dans les mêmes conditions aux retraités anciens salariés du Port autonome de Strasbourg mentionnés au 3°.

Le régime local est également applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 161-1 à la charge effective et permanente des assurés sociaux énumérés ci-dessus.

III.-Le bénéfice du régime local d'assurance maladie est subordonné aux conditions spécifiques d'ouverture des droits déterminées au II du présent article.

Article L325-2

I.-L'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est administrée par un conseil d'administration dont les attributions, la composition et les modalités sont déterminées par décret.

Le conseil d'administration de l'instance de gestion établit chaque année, pour l'exercice comptable suivant, un état prévisionnel des dépenses et des recettes du régime local compte tenu des objectifs fixés par la loi de financement de la sécurité sociale et dans les conditions définies par décret. A la clôture de l'exercice, il peut décider d'affecter une somme représentant au maximum 0,5 % des dépenses de prestations constatées durant l'exercice :

1° Soit au financement des actions expérimentales relatives aux filières et réseaux de soins ;

2° Soit au financement des programmes de santé publique élaborés par la conférence régionale de santé en vertu de l'article L. 767 du code de la santé publique.

II.-L'affiliation et l'immatriculation au régime local ainsi que le service de ses prestations sont assurés par les caisses primaires d'assurance maladie en France métropolitaine et par les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer.

Article L325-3

L'instance de gestion du régime local exerce une action sanitaire et sociale, destinée en priorité aux populations exposées au risque de précarité, sous réserve de ne pas compromettre son équilibre financier.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 3 : Assurance maternité et congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Article L330-1

L'assurance maternité a pour objet :

1° La couverture des frais visés à l'article L. 160-9 ;

2° L'octroi d'indemnités journalières dans les conditions visées aux articles L. 331-3 à L. 331-7 et L. 333-1 à L. 333-3 ;

3° L'octroi des indemnités journalières visées à l'article L. 331-8 pour le compte de la Caisse nationale des allocations familiales et contre remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 223-1.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 3 : Assurance maternité et congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Chapitre 1er : Dispositions propres à l'assurance maternité et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Section 1 : Dispositions générales

Article L331-1

Bénéficiaire de l'assurance maternité, l'assuré (e) et les membres de sa famille mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 161-1. Ces bénéficiaires ne supportent aucune participation aux frais prévus à l'article L160-9.

Section 2 : Prestations en nature

Section 3 : Prestations en espèces

Article L331-3

Pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après celui-ci, l'assurée reçoit une indemnité journalière de repos à condition de cesser tout travail salarié durant la période d'indemnisation et au moins pendant huit semaines.

Lorsque des naissances multiples sont prévues, cette période commence douze semaines avant la date présumée de l'accouchement, vingt-quatre semaines en cas de naissance de plus de deux enfants et se termine vingt-deux semaines après la date de l'accouchement. En cas de naissance de deux enfants, la période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de quatre semaines ; la période d'indemnisation de vingt-deux semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation de seize ou de trente-quatre semaines, quarante-six semaines en cas de naissance de plus de deux enfants n'est pas réduite de ce fait.

Quand l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période pendant laquelle la mère perçoit l'indemnité journalière de repos est augmentée du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début de la période de repos mentionnée aux alinéas précédents et à l'article L. 331-4.

Article L331-4

La période d'indemnisation prévue au premier alinéa de l'article L. 331-3 est portée à huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et à dix-huit semaines après celui-ci, lorsque l'assurée elle-même ou le ménage assume déjà la charge d'au moins deux enfants dans les conditions prévues aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 521-2, ou lorsque l'assurée a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables. La période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de deux semaines ; la période d'indemnisation postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

Quand la naissance a lieu avant la date présumée de l'accouchement, la période d'indemnisation de vingt-six semaines n'est pas réduite de ce fait.

Article L331-4-1

Par dérogation aux articles L. 331-3 et L. 331-4, la durée de la période de versement de l'indemnité journalière à laquelle l'assurée a droit avant la date présumée de l'accouchement peut être réduite à sa demande, sur prescription médicale, dans la limite de trois semaines. La durée de la période de versement postérieure à l'accouchement est augmentée d'autant.

Toutefois, en cas de prescription d'un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date présumée de l'accouchement dont l'assurée a demandé le report, celui-ci est annulé et l'indemnité journalière de repos est versée à compter du premier jour de l'arrêt de travail jusqu'à la date de l'accouchement. La période initialement reportée est alors réduite d'autant.

Article L331-5

Dans le cas où l'enfant est resté hospitalisé jusqu'à l'expiration de la sixième semaine suivant l'accouchement, l'assurée peut demander le report, à la date de la fin de l'hospitalisation de l'enfant, de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle elle peut encore prétendre en application de l'article L. 331-3 ou L. 331-4.

Toutefois, lorsque l'assurée bénéficie de la période supplémentaire mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 331-3, la possibilité de report prévu à l'alinéa précédent ne peut lui être ouverte qu'à l'issue de ladite période.

L'indemnité journalière de repos peut également être attribuée sur prescription médicale pendant une période supplémentaire n'excédant pas deux semaines, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L331-6

En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse tout travail salarié pendant cette durée et sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 313-1. Pendant cette durée, le père bénéficie de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 331-3.

Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit dans les conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 331-5.

Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité, le droit à indemnisation est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

Article L331-7

L'indemnité journalière de repos est accordée à l'assuré à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance, un organisme français autorisé pour l'adoption ou l'Agence française de l'adoption confie un enfant en vue de son adoption. Cette indemnité est également accordée à la personne assurée titulaire de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2 à L. 225-7 et L. 225-18 ou L. 225-15 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'elle adopte ou accueille un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français.

L'indemnité journalière de repos est due, pendant dix semaines au plus ou vingt-deux semaines au plus en cas d'adoptions multiples, à la condition que l'assuré cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation. Celle-ci débute à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer ou dans les sept jours qui précèdent la date prévue de cette arrivée.

La période d'indemnisation est portée à dix-huit semaines lorsque, du fait de l'adoption, l'assuré ou le ménage assume la charge de trois enfants au moins dans les conditions prévues aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 521-2.

La période d'indemnisation prévue au présent article peut faire l'objet d'une répartition entre les parents adoptifs lorsque l'un et l'autre ont vocation à bénéficier d'une indemnisation ou d'un maintien du traitement en cas de cessation de leur travail ou de leur activité dans le cadre d'une adoption. Dans ce cas, la période d'indemnisation est augmentée de onze jours ou de dix-huit jours en cas d'adoptions multiples et ne peut être fractionnée en plus de deux parties, dont la plus courte est au moins égale à onze jours.

Section 4 : Dispositions relatives à l'indemnisation du congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Article L331-8

Lorsqu'il exerce son droit à congé prévu à l'article L. 1225-35 du code du travail et dans un délai fixé par décret, l'assuré reçoit, pendant une durée maximale de onze jours consécutifs et dans les mêmes conditions d'ouverture de droit, de liquidation et de service, l'indemnité journalière visée à l'article L. 331-3, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée.

En cas de naissances multiples, la durée maximale fixée au précédent alinéa est égale à dix-huit jours consécutifs.

L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation par l'assurance chômage ou le régime de solidarité.

Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 3 : Assurance maternité et congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Chapitre 2 : Dispositions communes à l'assurance maternité et à l'assurance maladie

Article L332-1

L'action de l'assuré pour le paiement des prestations en espèces de l'assurance maladie se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations ; pour le paiement des prestations en espèces de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à partir de la date de la première constatation médicale de la grossesse.

L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à partir du jour du décès.

Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou fausse déclaration.

Article L332-2

En cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques, l'assurance maladie court à partir de la constatation de l'état morbide.

Les dispositions des chapitres 1er et 2 du titre IV du présent livre reçoivent, éventuellement, application.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 3 : Assurance maternité et congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Chapitre 3 : Allocations versées aux femmes dispensées de travail

Article L333-1

Les salariées dont le contrat de travail est suspendu en application des articles L. 122-25-1-1 et L. 122-25-1-2 du code du travail bénéficient, hors de la période ouvrant droit au congé légal de maternité, d'une allocation journalière selon les conditions de droit fixées à l'article L. 313-1 pour les prestations visées au 2° du I de cet article.

Les dispositions de l'article L. 313-2 sont applicables pour l'appréciation des conditions d'ouverture du droit à l'allocation journalière.

Cette allocation est calculée, liquidée et servie selon les dispositions des articles L. 323-4 et L. 323-5 par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la salariée.

Article L333-2

L'allocation journalière est accordée à compter de la date de suspension du contrat de travail par l'employeur. Elle peut être supprimée ou suspendue à compter de la date à laquelle les conditions d'attribution ne sont plus remplies.

Article L333-3

L'allocation journalière n'est pas cumulable avec :

1° L'indemnisation des congés de maternité, de maladie ou d'accident du travail ;

2° Le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévu par l'article L. 541-1, ou l'élément de la prestation de compensation prévu au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, lorsque ceux-ci sont accordés en contrepartie d'une cessation d'activité ;

3° L'allocation journalière de présence parentale prévue à l'article L. 544-1 ;

4° La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant prévue à l'article L. 531-4 ;

5° La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel de la prestation d'accueil du jeune enfant à l'ouverture du droit de celle-ci.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 4 : Assurance invalidité

Chapitre 1er : Droits propres

Article L341-1

L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Section 1 : Ouverture du droit

Article L341-2

Pour recevoir une pension d'invalidité, l'assuré social doit justifier à la fois d'une durée minimale d'immatriculation et, au cours d'une période de référence, soit d'un montant minimum de cotisations fixé par référence au salaire minimum de croissance, soit d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé.

Section 2 : Taux d'invalidité

Article L341-3

L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle :

1°) soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ;

2°) soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues à l'article L. 321-1 ;

3°) soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné ;

4°) soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Article L341-4

En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Section 3 : Montant de la pension d'invalidité

Article L341-5

Le montant minimum de la pension d'invalidité, fixé par décret, ne peut être inférieur au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Article L341-6

Les salaires servant de base au calcul des pensions et les pensions déjà liquidées sont revalorisés au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

Section 4 : Liquidation et service de la pension d'invalidité - Attributions des caisses primaires d'assurance maladie

Article L341-7

La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la caisse primaire d'assurance maladie.

Article L341-8

Si la caisse primaire d'assurance maladie n'en a pas pris l'initiative, l'assuré social peut déposer lui-même une demande de pension d'invalidité, qui, pour être recevable, doit être présentée dans un délai déterminé.

Article L341-9

La pension est toujours concédée à titre temporaire.

Elle a effet à compter de l'expiration de l'un des délais mentionnés à l'article L. 341-3 ou à compter de la date de la consolidation de la blessure ou de la stabilisation de l'état.

Section 5 : Suspension, révision, suppression de la pension d'invalidité

Article L341-11

La pension peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé.

Article L341-12

Le service de la pension peut être suspendu en tout ou partie en cas de reprise du travail, en raison du salaire ou du gain de l'intéressé, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L341-13

La pension est, sous réserve des dispositions de l'article L. 341-14, supprimée ou suspendue si la capacité de gain devient supérieure à un taux déterminé.

Article L341-14

Un décret en Conseil d'Etat détermine la fraction de la pension qui peut être maintenue à l'intéressé, quel que soit son salaire ou gain, lorsqu'il aura fait l'objet d'un traitement ou suivi des cours en vue de son reclassement ou de sa rééducation professionnelle.

Article L341-14-1

Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 351-1-4, L. 634-3-2 ou L. 634-3-3 du présent code des articles L. 732-18-1, L. 732-18-2, L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime ou des troisième et quatrième alinéas du II de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998).

En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13° de l'article L. 160-14 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code.

Section 6 : Conversion de la pension d'invalidité en pension de vieillesse

Article L341-15

La pension d'invalidité prend fin à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1. Elle est remplacée à partir de cet âge par la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail.

La pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ne peut être inférieure au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Toutefois, lorsqu'ils atteignent l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, les titulaires d'une pension d'invalidité liquidée avant le 31 mai 1983 peuvent prétendre à une pension de vieillesse qui ne peut être inférieure à la pension d'invalidité dont bénéficiait l'invalidé à cet âge.

Article L341-16

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 341-15, lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail n'est concédée que si l'assuré en fait expressément la demande.

L'assuré qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, ne demande pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée continue de bénéficier de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8.

Dans ce cas, ses droits à l'assurance vieillesse sont ultérieurement liquidés dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8.

Toutefois, la pension de vieillesse qui lui est alors servie ne peut pas être inférieure à celle dont il serait bénéficiaire si la liquidation de ses droits avait été effectuée dans les conditions fixées à l'article L. 341-15.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 4 : Assurance invalidité

Chapitre 2 : Droits du conjoint survivant

Article L342-1

Le conjoint survivant de l'assuré ou du titulaire de droits à pension de vieillesse ou d'invalidité, qui est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à pension d'invalidité, bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf.

Le conjoint survivant invalide cumule, dans des limites fixées par décret, la pension de veuve ou de veuf avec des avantages personnels de vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail, notamment en application des dispositions des articles L. 434-8 et L. 434-9.

Le conjoint survivant invalide ne peut cumuler une pension de veuve ou de veuf et une pension de réversion prévue au chapitre III du titre V du livre III du présent code, servies au titre de la carrière du même assuré décédé. Celle des deux pensions dont le montant est le plus élevé est alors servie.

Article L342-2

Si la veuve ou le veuf est titulaire d'une rente d'incapacité permanente à la suite d'un accident du travail, il est fait application des dispositions de l'article L. 371-4.

Article L342-3

Le montant annuel de la pension d'invalidité attribuée à la veuve ou au veuf est égal à un pourcentage, fixé par décret, de la pension principale dont bénéficiait ou eût bénéficié le défunt en application du chapitre 1er du présent titre ou des articles L. 351-1 ou L. 351-8.

Article L342-4

La pension de veuve ou de veuf ne peut être inférieure à un montant fixé par décret.

Elle est majorée d'un pourcentage déterminé lorsque le bénéficiaire a eu plusieurs enfants. Ouvrent droit également à cette majoration les enfants élevés par le titulaire de la pension et à sa charge ou à celle de son conjoint.

Un décret en Conseil d'Etat fixe :

1°) le nombre d'enfants du bénéficiaire ouvrant droit à la majoration ;

2°) la durée pendant laquelle, et l'âge jusqu'auquel les enfants à la charge du titulaire de la pension ou de son conjoint doivent avoir été élevés pour ouvrir droit à la majoration.

La majoration est, le cas échéant, calculée sur le montant de la pension porté au minimum ci-dessus défini.

Article L342-5

Les pensions d'invalidité de veuve ou de veuf sont supprimées en cas de remariage.

La personne dont la pension a été supprimée en application des dispositions du premier alinéa du présent article recouvre, en cas de divorce ou de nouveau veuvage, soit un droit à pension d'invalidité de veuve ou de veuf si elle n'a pas atteint un âge fixé par décret, soit un droit à pension de vieillesse de veuve ou de veuf si elle a atteint cet âge.

Article L342-6

Lorsque le titulaire atteint un âge fixé par décret, la pension attribuée au titre de l'invalidité est transformée en pension de vieillesse de veuve ou de veuf d'un montant égal. Les dispositions de l'article L. 353-5 et de l'article L. 353-6 sont applicables.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 1er : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite

Article L351-1

L'assurance vieillesse garantit une pension de retraite à l'assuré qui en demande la liquidation à partir de l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2.

Le montant de la pension résulte de l'application au salaire annuel de base d'un taux croissant, jusqu'à un maximum dit " taux plein ", en fonction de la durée d'assurance, dans une limite déterminée, tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, ainsi que de celle des périodes reconnues équivalentes, ou en fonction de l'âge auquel est demandée cette liquidation.

Si l'assuré a accompli dans le régime général une durée d'assurance inférieure à la limite prévue au deuxième alinéa, la pension servie par ce régime est d'abord calculée sur la base de cette durée, puis réduite compte tenu de la durée réelle d'assurance.

Les modalités de calcul du salaire de base, des périodes d'assurance ou des périodes équivalentes susceptibles d'être prises en compte et les taux correspondant aux durées d'assurance et à l'âge de liquidation sont définis par décret en Conseil d'Etat. Les indemnités journalières mentionnées au 2° de l'article L. 330-1 sont incluses dans le salaire de base pour l'application du présent article.

Les dispositions des alinéas précédents ne sauraient avoir pour effet de réduire le montant de la pension à un montant inférieur à celui qu'elle aurait atteint si la liquidation en était intervenue avant le 1er avril 1983, compte tenu de l'âge atteint à cette date.

Section 1 : Conditions d'âge.

Article L351-1-1

L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations certaines périodes d'assurance validées en application

de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes.

Article L351-1-2

La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa du même article donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret.

Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la limite mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.

Article L351-1-3

La condition d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Article L351-1-4

I. # La condition d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés qui justifient d'une incapacité permanente au sens de l'article L. 434-2 au moins égale à un taux déterminé par décret, lorsque cette incapacité est reconnue au titre d'une maladie professionnelle mentionnée à l'article L. 461-1 ou au titre d'un accident de travail mentionné à l'article L. 411-1 et ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle.

II. # La pension de retraite liquidée en application du présent article est calculée au taux plein même si l'assuré ne justifie pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général et un ou plusieurs autres régimes obligatoires.

III. # Les I et II sont également applicables à l'assuré justifiant d'une incapacité permanente d'un taux inférieur à celui mentionné au I, sous réserve :

1° Que le taux d'incapacité permanente de l'assuré soit au moins égal à un taux déterminé par décret ;

2° Que l'assuré ait été exposé, pendant un nombre d'années déterminé par décret, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail ;

3° Qu'il puisse être établi que l'incapacité permanente dont est atteint l'assuré est directement liée à l'exposition à ces facteurs de risques professionnels.

Une commission pluridisciplinaire dont l'avis s'impose à l'organisme débiteur de la pension de retraite est chargée de valider les modes de preuve apportés par l'assuré et d'apprécier l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de cette commission ainsi que les éléments du dossier au vu desquels elle rend son avis sont fixés par décret.

Section 2 : Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L351-2

Les périodes d'assurance ne peuvent être retenues, pour la détermination du droit à pension ou rente que si elles ont donné lieu au versement d'un minimum de cotisations au titre de l'année civile au cours de laquelle ces périodes d'assurance ont été acquises, déterminé par décret. En cas de force majeure ou d'impossibilité manifeste pour l'assuré d'apporter la preuve du versement de cotisations, celle-ci peut l'être à l'aide de documents probants ou de présomptions concordantes. Lorsque la possibilité d'effectuer un versement de cotisations est ouverte en application de dispositions réglementaires au-delà du délai d'exigibilité mentionné à l'article L. 244-3 et à défaut de production de documents prouvant l'activité rémunérée, ce versement ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée d'assurance de plus de quatre trimestres.

L'assuré qui pendant tout ou partie d'un congé formation n'a reçu aucune rémunération de son employeur est réputé, par dérogation au premier alinéa, avoir subi, au titre de cette période, des retenues égales à celles qu'il a effectivement subies au titre de la période immédiatement antérieure de même durée pendant laquelle il a perçu la rémunération prévue par son contrat de travail.

Article L351-3

Sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :

1°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations maladie, maternité, invalidité, accident du travail et celles postérieures au 1er juillet 1930 pendant lesquelles les travailleurs salariés ont perçu une rente d'accident du travail prenant effet antérieurement à la date susmentionnée, pour une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par le même décret ;

2°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du code du travail ou de l'une des allocations mentionnées à l'article L. 1233-68, aux 2° et 4° de l'article L. 5123-2 du même code ou d'une allocation versée en cas d'absence complète d'activité, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés aux articles

L. 5122-4 et L. 5123-6 du code du travail ou de l'allocation de congé-solidarité mentionnée à l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer ou de la rémunération prévue à l'article L. 1233-72 du code du travail ;

3°) dans les conditions et limites fixées par le décret prévu au présent article, les périodes pendant lesquelles l'assuré s'est trouvé, avant l'âge fixé par le même décret, en état de chômage involontaire non indemnisé ;

4°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a effectué son service national légal ou a été présent sous les drapeaux par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre ;

5°) les périodes postérieures au 1er septembre 1939, pour les assurés qui ont été prisonniers, déportés, réfractaires, réfugiés, sinistrés, requis au titre d'un service de travail obligatoire ou placés, du fait de la guerre, dans des conditions telles que les cotisations versées par eux n'ont pu être constatées ou ne peuvent être justifiées ; des arrêtés ministériels fixent, pour ces années, les justifications à produire par les intéressés ;

6°) sauf dans la mesure où elle s'impute sur la durée de la peine, toute période de détention provisoire accomplie par une personne qui, au moment de son incarcération, relevait de l'assurance obligatoire ;

7°) Dans des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres validés à ce titre, fixées par le décret prévu au présent article, et sans condition d'affiliation préalable, les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles une personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport ;

8°) Les périodes de stage mentionnées à l'article L. 6342-3 du code du travail.

Article L351-3-1

Le 1° de l'article L. 351-3 n'est pas applicable aux personnes détachées en France qui relèvent d'un accord international de sécurité sociale et qui ne sont pas affiliées à un régime français de retraite obligatoire.

Article L351-4

I.-Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée aux femmes assurées sociales, pour chacun de leurs enfants, au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de la maternité, notamment de la grossesse et de l'accouchement.

II.-Il est institué au bénéfice de l'un ou l'autre des deux parents assurés sociaux une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres attribuée pour chaque enfant mineur au titre de son éducation pendant les quatre années suivant sa naissance ou son adoption.

Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage.

Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse compétente dans le délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de la naissance de l'enfant ou de son adoption. Lorsqu'aucun des parents n'a la qualité d'assuré à cette date, ce délai court à compter de la date à laquelle le premier d'entre eux acquiert cette qualité.

En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans le délai mentionné à l'alinéa précédent, la majoration est attribuée par la caisse d'assurance vieillesse compétente à celui des parents qui établit avoir

assumé à titre principal l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue. A défaut, la majoration est partagée par moitié entre les deux parents.

Le défaut d'option dans le délai mentionné ci-dessus est réputé, en l'absence de désaccord exprimé, valoir décision conjointe implicite de désignation de la mère. Lorsque les deux parents sont de même sexe, la majoration est partagée par moitié entre eux.

En cas de décès de l'enfant avant la fin de la quatrième année suivant sa naissance ou son adoption, la majoration reste due dans les conditions prévues au présent II.

La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration ne peut être modifiée, sauf en cas de décès de l'un des parents avant la majorité de l'enfant. Dans ce cas, les trimestres sont attribués au parent survivant qui a effectivement élevé l'enfant.

III.-Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée, pour chaque enfant adopté durant sa minorité, à ses parents au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de l'accueil de l'enfant et des démarches préalables à celui-ci.

Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage. Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse compétente dans le délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de l'adoption de l'enfant ou, lorsqu'aucun des parents n'a la qualité d'assuré à cette date, à compter de la date à laquelle le premier d'entre eux acquiert cette qualité. En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans ce délai, la majoration est attribuée par la caisse d'assurance vieillesse compétente à celui des parents qui établit avoir assumé à titre principal l'accueil et les démarches mentionnés à l'alinéa précédent ou, à défaut, est partagée par moitié entre les deux parents.

Le défaut d'option dans le délai mentionné à l'alinéa précédent est réputé, en l'absence de désaccord exprimé, valoir décision conjointe implicite de désignation de la mère adoptante. Lorsque les deux parents adoptants sont de même sexe, la majoration est partagée par moitié entre eux.

La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration ne peut être modifiée, sauf en cas de décès de l'un des parents avant la majorité de l'enfant. Dans ce cas, les trimestres sont attribués au parent survivant qui a effectivement élevé l'enfant.

IV.-Sont substitués dans les droits des parents pour l'application du II les assurés auxquels l'enfant a été confié par une décision de justice rendue sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 373-3 et du 2° de l'article 375-3 du code civil ou l'assuré bénéficiaire d'une délégation totale de l'autorité parentale en vertu du premier alinéa de l'article 377-1 du même code, et qui assument effectivement l'éducation de l'enfant pendant quatre ans à compter de cette décision.

V.-L'assuré ne peut bénéficier de la majoration prévue au II s'il a été privé de l'exercice de l'autorité parentale ou s'est vu retirer l'autorité parentale par une décision de justice au cours des quatre premières années de l'enfant.

VI.-L'assuré ne peut bénéficier, au titre de la majoration prévue au II, d'un nombre de trimestres supérieur au nombre d'années durant lesquelles il a résidé avec l'enfant au cours de la période mentionnée au premier alinéa du même II.

VII.-Lors de la liquidation de la pension de retraite, la majoration prévue au II ne peut être attribuée à l'un ou l'autre des parents lorsque chacun d'eux ne justifie pas d'une durée d'assurance minimale de deux ans auprès d'un régime de retraite légalement obligatoire d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse. Ces dispositions ne sont

pas applicables au parent qui a élevé seul l'enfant pendant tout ou partie de la période mentionnée au premier alinéa du II.

VIII.-Lorsque le délai mentionné au II n'est pas écoulé à la date d'effet de la demande de retraite de l'un des parents, ce délai est réduit à deux mois à compter de la date de cette demande.

IX.-Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1er janvier 2010, les majorations de durée d'assurance prévues au présent article ne sont pas prises en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1 et L. 634-3-2, du II des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, de l'article L. 732-18-1 du code rural et de la pêche maritime, de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. Il en est de même des périodes d'assurance validées en application des b et b bis de l'article L. 12 et de l'article L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet.

X.-Avant le 1er janvier 2015, le Gouvernement élabore, sur la base notamment des travaux du Conseil d'orientation des retraites et de l'Institut national de la statistique et des études économiques, un rapport faisant apparaître l'impact, par génération, de l'éducation des enfants sur le déroulement de la carrière des assurés sociaux et leurs droits à retraite. Il prépare à partir de ces données un rapport d'orientation qui est rendu public et transmis au Parlement.

Article L351-4-1

Les assurés sociaux élevant un enfant ouvrant droit, en vertu des premier et deuxième alinéas de l'article L. 541-1, à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et à son complément ou, en lieu et place de ce dernier, de la prestation de compensation prévue par l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles bénéficient, sans préjudice, le cas échéant, de l'article L. 351-4, d'une majoration de leur durée d'assurance d'un trimestre par période d'éducation de trente mois dans la limite de huit trimestres.

Article L351-4-2

L'assuré social assumant, au foyer familial, la prise en charge permanente d'un adulte handicapé dont l'incapacité permanente est supérieure à un taux fixé par décret qui est son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ou son ascendant, descendant ou collatéral ou l'ascendant, descendant ou collatéral d'un des membres du couple bénéficie d'une majoration de durée d'assurance d'un trimestre par période de trente mois, dans la limite de huit trimestres.

Article L351-5

L'assuré ayant obtenu un congé parental d'éducation dans les conditions de l'article L. 122-28-1 du code du travail, ou un congé parental dans les conditions prévues par l'article 21 VII de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978, bénéficie d'une majoration de sa durée d'assurance égale à la durée effective du congé parental.

Cette majoration est accordée aux personnes visées à l'article L. 351-4 lorsque son application est plus favorable que celle dudit article.

Article L351-6

Les assurés, ayant dépassé l'âge fixé en application du 1° de l'article L. 351-8 bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance qui est fonction du nombre d'années supplémentaires par rapport à cet âge tant qu'ils n'ont pas accompli dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, une durée totale d'assurance au moins égale à la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Article L351-6-1

I. # Les assurés titulaires d'un compte personnel de prévention de la pénibilité prévu à l'article L. 4162-2 du code du travail bénéficient, dans les conditions prévues à l'article L. 4162-4 du même code, d'une majoration de durée d'assurance.

Cette majoration est accordée par le régime général de sécurité sociale.

II. # La majoration prévue au I du présent article est utilisée pour la détermination du taux défini au deuxième alinéa de l'article L. 351-1.

Les trimestres acquis au titre de cette majoration sont, en outre, réputés avoir donné lieu à cotisation pour le bénéfice des articles L. 351-1-1 et L. 634-3-2 du présent code, du II des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du même code, de l'article L. 732-18-1 du code rural et de la pêche maritime et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Section 3 : Pension pour inaptitude au travail.

Article L351-7

Peut être reconnu inapte au travail, l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle, et dont le taux est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Section 4 : Dispositions propres à certaines catégories d'assurés

Article L351-7-1

Les services militaires actifs accomplis en Afrique du Nord au cours des périodes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 253 bis du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ouvrent droit à une réduction de la durée d'assurance, ou de périodes reconnues équivalentes, requise pour bénéficier du taux plein mentionné à l'article L. 351-1, durant un délai, selon des conditions d'âge et de nature des services militaires accomplis fixés par décret en Conseil d'Etat.

Section 5 : Taux et montant de la pension

Article L351-8

Bénéficient du taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général et un ou plusieurs autres régimes obligatoires :

1° Les assurés qui atteignent l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 augmenté de cinq années ;

1° bis Les assurés ayant interrompu leur activité professionnelle en raison de leur qualité d'aidant familial telle que définie à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles qui atteignent l'âge de soixante-cinq ans dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat ;

1° ter Les assurés justifiant d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret, qui atteignent l'âge mentionné à l'article L. 161-17-2 ;

2°) les assurés reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 ;

3°) les anciens déportés ou internés titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique ;

4°) les mères de famille salariées justifiant d'une durée minimum d'assurance dans le régime général, ou dans ce régime et celui des salariés agricoles qui ont élevé au moins un nombre minimum d'enfants, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 342-4, et qui ont exercé un travail manuel ouvrier pendant une durée déterminée ;

4° bis) les travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension de retraite avant l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 ;

5°) les anciens prisonniers de guerre lorsque, sur leur demande, leur pension est liquidée à un âge variant suivant la durée de captivité dans des conditions fixées par décret.

Les anciens prisonniers de guerre évadés de guerre, au-delà d'un certain temps de captivité, et les anciens prisonniers rapatriés pour maladie peuvent choisir le régime le plus favorable.

Toute partie de mois n'est pas prise en considération.

Les dispositions du 5°) ci-dessus s'appliquent à tous les anciens combattants pour leur durée de service actif passé sous les drapeaux.

Article L351-10

La pension de vieillesse au taux plein est assortie, le cas échéant, d'une majoration permettant de porter cette prestation, lors de sa liquidation, à un montant minimum tenant compte de la durée d'assurance accomplie par l'assuré dans le régime général, le cas échéant rapportée à la durée d'assurance accomplie tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, lorsque celle-ci dépasse la limite visée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et fixé par décret. Ce montant minimum est majoré au titre des périodes ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré lorsque la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, est au moins égale à une limite fixée par décret.

La majoration de pension versée au titre de la retraite anticipée des travailleurs handicapés, la majoration pour enfants, la majoration pour conjoint à charge, prévues au deuxième alinéa de l'article L. 351-1-3, à l'article L. 351-12 et au premier alinéa de l'article L. 351-13 du présent code, et la rente des retraites ouvrières et paysannes prévue à l'article 115 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 s'ajoutent à ce montant minimum.

La majoration de pension prévue à l'article L. 351-1-2 s'ajoute également à ce montant minimum dans des conditions prévues par décret.

Article L351-10-1

L'assuré ne peut bénéficier des dispositions de l'article L. 351-10 que s'il a fait valoir les droits aux pensions personnelles de retraite auxquels il peut prétendre au titre des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales.

Article L351-11

Les cotisations et salaires servant de base au calcul des pensions sont revalorisés dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

Section 6 : Majorations pour enfants - Majorations pour conjoint à charge - Autres majorations.

Article L351-12

La pension prévue aux articles L. 351-1 et L. 351-8 est assortie d'une majoration pour tout assuré de l'un ou l'autre sexe ayant eu un nombre minimum d'enfants.

Ouvrent également droit à cette majoration les enfants élevés dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 342-4.

Cette majoration est incluse dans les avantages personnels de vieillesse dont le cumul avec une pension de réversion est comparé aux limites prévues au dernier alinéa de l'article L. 353-1.

Article L351-13

La pension prévue aux articles L. 351-1 et L. 351-8 est assortie d'une majoration lorsque le conjoint à charge du titulaire atteint l'âge fixé par décret en Conseil d'Etat et n'est pas bénéficiaire d'un avantage au titre d'une législation de sécurité sociale.

Le montant de cette majoration est fixé par décret en tenant compte de la durée d'assurance lorsque celle-ci est inférieure à la durée déterminée par ce décret.

La majoration prévue au premier alinéa est supprimée à compter du 1er janvier 2011. Toutefois, elle est maintenue pour les pensionnés qui en bénéficiaient au 31 décembre 2010, tant qu'ils en remplissent les conditions d'attribution.

Section 8 : Rachat.

Article L351-14

Les personnes appartenant ou ayant appartenu à une catégorie de travailleurs dont l'affiliation, soit au régime général de sécurité sociale des salariés, soit à un régime de sécurité sociale applicable aux salariés dans les départements d'Algérie et du Sahara, a été rendue obligatoire par des dispositions législatives ou réglementaires intervenues postérieurement au 1er juillet 1930, ou leur conjoint survivant, pourront demander la prise en compte, par le régime général de sécurité sociale ci-dessus, pour l'assurance vieillesse, des périodes d'activité accomplies dans la métropole, les départements d'outre-mer, d'Algérie et du Sahara antérieurement à la date à laquelle ces dispositions sont entrées en vigueur au lieu d'exercice de leur activité.

Il en est de même pour les personnes dont les droits à l'assurance vieillesse ont été liquidés, mais seulement pour les périodes d'activité validables antérieures à ladite liquidation.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment :

Les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;

Les modalités de liquidation ou de révision des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs ;

Les cotisations sont égales à celles dues en application de l'article L. 351-14-1.

Article L351-14-1

I.-Sont également prises en compte par le régime général de sécurité sociale, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance :

1° Les périodes d'études accomplies dans les établissements, écoles et classes mentionnés à l'article L. 381-4 lorsque le régime général est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un Etat membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ;

2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse du régime général à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu, en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, un nombre de trimestres inférieur à quatre.

II.-Par dérogation aux conditions prévues au I, le montant du versement de cotisations prévu pour la prise en compte des périodes mentionnées au 1° du même I peut être abaissé par décret pour les périodes de formation initiale, dans des conditions et limites tenant notamment au délai de présentation de la demande, fixé à dix ans à compter de la fin des études, et au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique.

III.-Par dérogation aux conditions prévues au I, le montant du versement de cotisations prévu pour la prise en compte des années civiles mentionnées au 2° du même I, comprises entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 1990 et au cours desquelles l'assuré a exercé une activité d'assistant maternel, peut être abaissé par décret, dans des conditions et limites tenant notamment au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique.

IV.-Par dérogation aux conditions prévues au I, le montant du versement de cotisations prévu pour la prise en compte des années civiles mentionnées au 2° du même I au cours desquelles l'assuré était en situation d'apprentissage, au sens de l'article L. 6211-1 du code du travail, dans le cadre d'un contrat conclu entre le 1er juillet 1972 et le 31 décembre 2013 peut être abaissé, dans des conditions et limites tenant notamment au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique, fixées par décret.

Section 10 : Retraite progressive.

Article L351-15

L'assuré qui exerce une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail peut demander la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci à condition :

1° D'avoir atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 diminué de deux années, sans pouvoir être inférieur à soixante ans ;

2° De justifier d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes fixées par décret en Conseil d'Etat.

Cette demande entraîne la liquidation provisoire et le service de la même fraction de pension dans le régime général, le régime des salariés agricoles, le régime social des indépendants, le régime des professions libérales et le régime des non-salariés agricoles.

La fraction de pension qui est servie varie dans des conditions fixées par voie réglementaire en fonction de la durée du travail à temps partiel ; en cas de modification de son temps de travail, l'assuré peut obtenir la modification de cette fraction de pension au terme d'un délai déterminé.

L'assuré est informé des conditions d'application de l'article L. 241-3-1.

Article L351-16

Le service de la fraction de pension est remplacé par le service de la pension complète, à la demande de l'assuré, lorsque celui-ci cesse totalement son activité et qu'il en remplit les conditions d'attribution. Il est suspendu lorsque l'assuré reprend une activité à temps complet ou exerce une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension.

Le service d'une fraction d'une pension ne peut pas à nouveau être demandé après la cessation de l'activité à temps partiel lorsque l'assuré a demandé le service de sa pension complète, la reprise d'une activité à temps complet ou l'exercice d'une autre activité à temps partiel en plus de celle ouvrant droit au service de la fraction de pension.

La pension complète est liquidée compte tenu du montant de la pension initiale et de la durée d'assurance accomplie depuis son entrée en jouissance, dans des conditions fixées par décret.

Section 11 : Validation des stages en entreprise

Article L351-17

Les étudiants peuvent demander la prise en compte, par le régime général de sécurité sociale, des périodes de stages prévus à l'article L. 124-1 du code de l'éducation et éligibles à la gratification prévue à l'article L. 124-6 du même code, sous réserve du versement de cotisations et dans la limite de deux trimestres.

Un décret précise les modalités et conditions d'application du présent article, notamment :

1° Le délai de présentation de la demande, qui ne peut être supérieur à deux ans ;

2° Le mode de calcul des cotisations et les modalités d'échelonnement de leur versement.

Le nombre de trimestres ayant fait l'objet d'un versement de cotisations en application du présent article est déduit du nombre de trimestres éligibles au rachat prévu au II de l'article L. 351-14-1.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 2 : Service des pensions de retraite

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 3 : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de réversion

Article L353-1

En cas de décès de l'assuré, son conjoint survivant a droit à une pension de réversion à partir d'un âge et dans des conditions déterminés par décret si ses ressources personnelles ou celles du ménage n'excèdent pas des plafonds fixés par décret.

La pension de réversion est égale à un pourcentage fixé par décret de la pension principale ou rente dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré, sans pouvoir être inférieure à un montant minimum fixé par décret en tenant compte de la durée d'assurance lorsque celle-ci est inférieure à la durée déterminée par ce décret. Toutefois, ce minimum n'est pas applicable aux pensions de réversion issues d'une pension dont le montant est inférieur au minimum prévu à l'article L. 351-9.

Elle est majorée lorsque le bénéficiaire remplit les conditions fixées à l'article L. 351-12. Cette majoration ne peut être inférieure à un pourcentage du montant minimum de la pension de réversion.

Lorsque son montant majoré des ressources mentionnées au premier alinéa excède les plafonds prévus, la pension de réversion est réduite à due concurrence du dépassement.

Article L353-2

Lorsqu'un assuré, titulaire d'une pension ou d'une rente de vieillesse du régime général de sécurité sociale, a disparu de son domicile et que plus d'un an s'est écoulé sans qu'il ait réclamé les arrérages de cette prestation, son conjoint peut obtenir, à titre provisoire, la liquidation des droits qui lui auraient été reconnus en cas de décès de l'assuré.

Lorsqu'un assuré, non encore titulaire d'une pension ou d'une rente de vieillesse, a disparu de son domicile depuis plus d'un an, son conjoint peut également obtenir, à titre provisoire, la liquidation des droits qui lui auraient été reconnus en cas de décès de l'assuré.

La liquidation provisoire des droits du conjoint devient définitive lorsque le décès est officiellement établi ou lorsque l'absence a été déclarée par jugement passé en force de chose jugée.

Article L353-3

Le conjoint divorcé est assimilé à un conjoint survivant pour l'application de l'article L. 353-1.

Lorsque l'assuré est remarié, la pension de réversion à laquelle il est susceptible d'ouvrir droit à son décès, au titre de l'article L. 353-1, est partagée entre son conjoint survivant et le ou les précédents conjoints divorcés au prorata de la durée respective de chaque mariage. Ce partage est opéré lors de la liquidation des droits du premier d'entre eux qui en fait la demande.

Lorsque le bénéficiaire remplit les conditions fixées à l'article L. 351-12, sa part de pension est majorée.

Au décès de l'un des bénéficiaires, sa part accroîtra la part de l'autre ou, s'il y a lieu, des autres.

Article L353-4

Toute pension de réversion dont le bénéfice a été sollicité auprès du régime général de sécurité sociale peut faire l'objet d'une avance financée sur les fonds d'action sanitaire et sociale, remboursée par les fonds des prestations légales, dans la limite des droits établis dans ce régime.

Article L353-5

Le conjoint survivant qui n'est pas titulaire d'un avantage personnel de vieillesse d'un régime de base obligatoire et qui satisfait à une condition d'âge a droit à une majoration forfaitaire de sa pension de réversion pour chaque enfant dont il a la charge au sens de l'article L. 161-1 et qui n'a pas atteint un âge déterminé.

Cette majoration n'est pas due lorsque le conjoint survivant bénéficie ou est susceptible de bénéficier de prestations pour charge d'enfant du chef du décès de l'assuré dans le régime obligatoire d'assurance vieillesse de base dont celui-ci relevait.

Elle est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

Le bénéfice de cette majoration est supprimé lorsque l'une des conditions mentionnées au premier alinéa cesse d'être remplie, à l'exception de la condition d'âge exigée du titulaire.

Les dispositions du présent article s'appliquent également aux conjoints mentionnés aux articles L. 353-2 et L. 353-3.

Article L353-6

La pension de réversion est assortie d'une majoration lorsque le conjoint survivant atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 et que la somme de ses avantages personnels de retraite et de réversion servis par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales, n'excède pas un plafond fixé par décret. La majoration est égale à un pourcentage fixé par décret de la pension de réversion. Lorsque le total de cette majoration et de ces avantages excède ce plafond, la majoration est réduite à due concurrence du dépassement.

Le conjoint survivant ne peut bénéficier des dispositions du présent article que s'il a fait valoir les avantages personnels de retraite et de réversion auxquels il peut prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des organisations internationales.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 5 : Dispositions communes avec l'invalidité

Article L355-1

Une majoration pour aide constante d'une tierce personne est accordée aux titulaires de pensions d'invalidité qui remplissent les conditions prévues au 3° de l'article L. 341-4, et aux titulaires de pensions de vieillesse substituées à des pensions d'invalidité qui viendraient à remplir ces conditions postérieurement à l'âge auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse et antérieurement à un âge plus élevé.

Peuvent, en outre, obtenir cette majoration les titulaires d'une pension de vieillesse révisée pour inaptitude au travail et les titulaires d'une pension de vieillesse attribuée pour inaptitude au travail en application de l'article L. 351-8, lorsqu'ils remplissent soit au moment de la liquidation de leur droit, soit postérieurement mais avant le plus élevé des âges mentionnés au précédent alinéa, les conditions d'invalidité prévues au 3° de l'article L. 341-4.

Article L355-2

Les pensions et rentes prévues au titre IV et aux chapitres 1 à 4 du titre V du présent livre sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions et limites que les salaires. Toutefois, elles le sont dans la limite de 90 % au profit des établissements hospitaliers et des caisses de sécurité sociale pour le paiement des frais d'hospitalisation.

Le montant de la saisie sur rappel de pensions et rentes s'apprécie en rapportant la quotité saisissable au montant dû par échéance mensuelle ou trimestrielle quelle que soit la période de validité à laquelle se rapporte le rappel.

L'application des dispositions du présent article ne peut avoir pour effet de réduire les arrérages de la pension d'invalidité servie pour un trimestre à un montant inférieur au quart du taux minimum fixé à l'article L. 341-5.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, la saisie peut s'élever à la totalité de la pension ou de la rente, réserve faite d'une somme d'un montant égal au tiers du minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 351-10, lorsque cette saisie a pour objet d'exécuter les condamnations à des réparations civiles ou aux frais dus à la victime au titre de l'article 375 du code de procédure pénale et que ces condamnations ont été

prononcées à l'encontre d'une personne qui a été jugée coupable de crime ou de complicité de crime contre l'humanité.

Article L355-3

Toute demande de remboursement de trop-perçu en matière de prestations de vieillesse et d'invalidité est prescrite par un délai de deux ans à compter du paiement desdites prestations dans les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

En cas d'erreur de l'organisme débiteur de la prestation aucun remboursement de trop-perçu des prestations de retraite ou d'invalidité n'est réclamé à un assujetti de bonne foi lorsque les ressources du bénéficiaire sont inférieures au chiffre limite fixé pour l'attribution, selon le cas, à une personne seule ou à un ménage, de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Lorsque les ressources de l'intéressé sont comprises entre ce plafond et le double de ce plafond, le remboursement ne peut pas être effectué d'office par prélèvement sur les prestations. Le cas et la situation de l'assujetti sont alors soumis à la commission de recours amiable qui accordera éventuellement la remise totale ou partielle de la dette et déterminera, le cas échéant, l'échelonnement de ce remboursement.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 6 : Assurance veuvage

Article L356-1

L'assurance veuvage garantit au conjoint survivant de l'assuré qui a été affilié, à titre obligatoire ou volontaire, à l'assurance vieillesse du régime général, au cours d'une période de référence et pendant une durée fixées par décret ou qui bénéficiait, en application de l'article L. 311-5, des prestations en nature de l'assurance maladie du régime général, une allocation de veuvage lorsque, résidant en France, il satisfait à des conditions d'âge fixées par décret. L'allocation de veuvage n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles du conjoint survivant n'excède pas un plafond fixé par décret ; lorsque le total de l'allocation et des ressources personnelles du conjoint survivant dépasse ce plafond, l'allocation est réduite à due concurrence.

Un décret détermine les revenus et autres avantages pris en compte pour l'appréciation des ressources du conjoint survivant ainsi que les modalités selon lesquelles les rémunérations tirées d'activités professionnelles ou de stages de formation qui ont commencé au cours de la période de versement de l'allocation peuvent être exclues, en tout ou en partie, du montant des ressources servant au calcul de l'allocation.

Ce décret détermine aussi le délai dans lequel le conjoint survivant demande l'attribution de cette prestation postérieurement à la date du décès de l'assuré.

Le conjoint survivant de nationalité étrangère résidant en France doit justifier de la régularité de son séjour par la production d'un titre ou document figurant sur une liste fixée par décret.

L'allocation de veuvage est également servie, qu'il réside ou non en France, au conjoint survivant de l'assuré qui relevait du régime de l'assurance volontaire vieillesse institué par le chapitre II du titre IV du livre VII, sous réserve qu'il remplisse les conditions d'âge et de ressources mentionnées au premier alinéa.

Bénéficient également de l'allocation de veuvage les conjoints survivants des adultes handicapés qui percevaient à la date de leur décès l'allocation aux adultes handicapés.

Article L356-2

L'allocation de veuvage a un caractère temporaire ; son montant, revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1, est unique.

Toutefois, des modalités particulières sont appliquées aux conjoints survivants ayant atteint, au moment du décès du conjoint, un âge déterminé.

Article L356-3

L'allocation de veuvage n'est pas due ou cesse d'être due lorsque le conjoint survivant :

1° Se remarie, conclut un pacte civil de solidarité ou vit en concubinage ;

2° Ne satisfait plus aux conditions prévues par l'article L. 356-1.

Article L356-4

L'organisme débiteur de l'allocation de veuvage reçoit, sur sa demande, communication des informations détenues par les administrations financières, les associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce, les organismes de sécurité sociale et les organismes de retraites complémentaires concernant les ressources dont disposent les bénéficiaires de l'allocation de veuvage et les prestations sociales qui leur sont versées. Les personnels assermentés de cet organisme sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées.

Article L356-5

Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 7 : Régime applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Article L357-1

Les pensions de vieillesse, d'invalidité, de veufs ou de veuves définies par le code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 (assurance des ouvriers) et par la loi du 20 décembre 1911 sur l'assurance des employés, applicables dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle antérieurement au 1er juillet 1946 peuvent être calculées conformément aux articles L. 357-2, L. 357-5 et L. 357-9.

Section 1 : Pension de vieillesse

Article L357-2

La pension de vieillesse à laquelle ont droit les assurés à un âge déterminé est constituée par une somme de base et par des majorations proportionnelles aux cotisations ou au salaire.

Entre l'âge fixé en application du premier alinéa du présent article et un âge inférieur fixé par décret, la pension de vieillesse est affectée de coefficients de minoration.

Article L357-3

Les dispositions de l'article L. 351-12 et du premier alinéa de l'article L. 351-13 sont applicables aux pensions de vieillesse mentionnées au présent chapitre.

Article L357-4

Les dispositions des articles L. 351-1, L. 351-4-1, L. 351-5, L. 351-6, L. 351-7-1, L. 351-8, L.531-15 et L.351-16 du présent code sont applicables aux assurés ressortissant au code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et à la loi du 20 décembre 1911 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les dispositions de l'article L. 161-22 du présent code, sont applicables aux assurés ressortissant au code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et à la loi du 20 décembre 1911 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les modalités d'application et d'adaptation du présent article sont fixées par décret.

Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet après le 31 août 2003.

Section 2 : Pension d'invalidité

Article L357-5

La pension d'invalidité est égale à une fraction de la pension définie à l'article L. 357-2 ; elle est remplacée par cette dernière lorsque le titulaire atteint l'âge fixé en application du même article.

Article L357-7

Le bénéfice des dispositions de l'article L. 355-1 est étendu aux titulaires de pensions d'invalidité liquidées sous le régime applicable antérieurement au 1er juillet 1946 dans la mesure où les intéressés remplissent les conditions prévues au 3° de l'article L. 341-4.

Article L357-8

Les titulaires de pensions d'invalidité du régime local qui ne bénéficient pas des dispositions de l'article L. 357-19 reçoivent une pension annuelle au moins égale [*montant*] au minimum prévu à l'article L. 341-5, sous réserve, pour les titulaires de pensions allouées conformément à la loi du 20 décembre 1911, qu'ils soient atteints d'une incapacité de travail supérieure à un taux appréciée dans les conditions de l'article 1255 du code local des assurances sociales.

Section 3 : Pension de veuve et de veuf

Article L357-9

Les pensions de veuves et de veufs dues au titre du code local des assurances sociales et celles dues au titre de la loi du 20 décembre 1911, sont égales à une fraction de la pension dont le "de cujus" bénéficiait ou eût bénéficié, sous réserve, dans ce dernier cas, de l'accomplissement de la période de stage exigée pour la pension à prendre en considération.

Le pourcentage de pension attribuée dans les conditions définies à l'alinéa ci-dessus est plus élevé pour les bénéficiaires du code local des assurances sociales que pour ceux de la loi du 20 décembre 1911.

Article L357-10

La pension de veuve ou de veuf, prévue à l'article L. 357-9 ne peut être inférieure au montant minimum fixé en application du deuxième alinéa de l'article L. 353-1.

La pension de veuve ou de veuf quelle qu'en soit la date d'entrée en jouissance, est majorée lorsque le titulaire remplit les conditions fixées à l'article L. 351-12. Cette majoration est, le cas échéant, calculée sur le montant de la pension portée au minimum ci-dessus défini.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux veufs ou veuves qui bénéficient d'une pension de veuf ou de veuve attribuée sans justification d'invalidité. Ils ont droit aux avantages susvisés lorsqu'ils atteignent l'âge fixé en application du premier alinéa de l'article L. 357-2, ou un âge moins élevé en cas d'inaptitude au travail.

Article L357-10-1

Le titulaire d'une pension de veuf ou de veuve servie au titre du code local des assurances sociales ou au titre de la loi du 20 décembre 1911, qui satisfait à une condition d'âge, a droit à une majoration forfaitaire de cette pension dans les conditions prévues à l'article L. 353-5.

Article L357-10-2

La pension de veuf ou de veuve servie au titre du code local des assurances sociales ou au titre de la loi du 20 décembre 1911 relative à l'assurance des employés privés est assortie de la majoration prévue à l'article L. 353-6 dans les conditions prévues audit article.

Article L357-11

Les titulaires de pensions de veuves ou de veufs allouées par application du code local des assurances sociales reçoivent une pension égale à une fraction de la pension d'invalidité qui a ou eût été accordée en vertu de l'article L. 357-8 au "de cujus". Il en est de même pour les titulaires de pensions de veufs ou de veuves dues au titre de la loi du 20 décembre 1911 lorsque ceux-ci dépassent l'âge fixé en application du

premier alinéa de l'article L. 357-2, ou sont atteints d'une incapacité de travail excédant le taux fixé en application de l'article L. 357-8 et appréciée dans les conditions de l'article 1258 du code local des assurances sociales.

Article L357-12

Les dispositions des articles L. 161-23 et les deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 353-1 du présent code dans leur rédaction en vigueur avant la publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites sont applicables aux pensions de veuve ou de veuf dues au titre du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et au titre de la loi du 20 décembre 1911 en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les dispositions de l'article L. 353-3 du présent code sont applicables au conjoint divorcé d'un assuré ressortissant du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et au titre de la loi du 20 décembre 1911 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les modalités d'application et d'adaptation du présent article sont fixées par décret.

Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2004.

Article L357-13

Dans le cas où le "de cujus" était titulaire d'une pension de vieillesse inférieure à la pension d'invalidité qu'il aurait obtenue s'il avait été invalide au moment où sa pension a pris effet, la pension de veuve ou de veuf est calculée sur la base de ladite pension d'invalidité.

Section 4 : Dispositions communes aux pensions de vieillesse, d'invalidité, de veuve ou de veuf

Article L357-14

L'état d'inaptitude est apprécié par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle. En cas de contestation sur cet état, le différend est porté devant la commission régionale instituée par l'article L. 143-2 et dont les décisions sont susceptibles d'appel devant la commission nationale mentionnée à l'article L. 143-3.

Article L357-15

Lorsque le titulaire d'une pension résultant de versements personnels est également bénéficiaire d'une pension de veuve ou de veuf, les dispositions de l'article L. 357-3 ne sont applicables qu'à la pension la plus élevée, la deuxième pension reste acquise à l'intéressé en sus de la pension revalorisée, sans faire l'objet elle-même d'une revalorisation.

Article L357-16

Un arrêté ministériel fixe les modalités de calcul des pensions d'invalidité et de vieillesse des assurés ayant été affiliés avant le 1er juillet 1946 successivement, alternativement ou simultanément au régime d'assurance du code local des assurances sociales et au régime de la loi du 20 décembre 1911.

Article L357-17

Un arrêté ministériel détermine les conditions dans lesquelles est autorisé le cumul d'une pension d'un autre régime et d'une pension attribuée conformément au présent livre ou à l'ancienne législation locale, compte tenu des dispositions du présent chapitre, à des assurés soumis antérieurement au 1er juillet 1946 aux régimes d'assurances sociales en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L357-18

Les arrêtés mentionnés à l'article L. 357-4 fixent les coefficients de revalorisation applicables pour la période postérieure au 31 décembre 1948 aux pensions d'invalidité, et aux pensions de veuves ou veufs.

Article L357-19

Les dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 341-15 et de l'article L. 351-10 du présent code sont applicables aux pensions dues au titre du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et au titre de la loi du 20 décembre 1911 en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L357-20

Pour l'application des dispositions du présent chapitre, il ne peut être opposé aux assurés une déchéance du droit à pension du fait d'une absence de versement de cotisations pendant la période comprise entre le 27 août 1939 et le 1er juin 1946.

Article L357-21

Un décret rendu sur le rapport des ministres intéressés fixe les modalités d'application des articles L. 357-1, L. 357-2, L. 357-3, L. 357-5, L. 357-8 à L. 357-11 et L. 357-19.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 6 : Assurance décès

Chapitre 1er : Dispositions générales

Article L361-1

Sans préjudice de l'application de l'article L. 313-1, l'assurance décès garantit aux ayants droit de l'assuré le paiement d'un capital égal à un montant forfaitaire déterminé par décret lorsque l'assuré, moins de trois mois avant son décès, exerçait une activité salariée, percevait l'une des allocations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 311-5, était titulaire d'une pension d'invalidité mentionnée à l'article L. 341-1 ou d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 371-1, ou lorsqu'il bénéficiait, au moment de son décès, du maintien de ses droits à l'assurance décès au titre de l'article L. 161-8.

Article L361-4

Le versement du capital est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré.

Si aucune priorité n'est invoquée dans un délai déterminé, le capital est attribué au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou à défaut aux descendants et, dans le cas où le de cujus ne laisse ni conjoint survivant, ni partenaire d'un pacte civil de solidarité, ni descendants, aux ascendants.

Article L361-5

Le capital est incessible et insaisissable sauf pour le paiement de dettes alimentaires ou le recouvrement du capital indûment versé à la suite d'une manoeuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 1er : Dispositions spéciales aux bénéficiaires de diverses législations de prévoyance et d'aide sociale

Section 1 : Bénéficiaires de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L371-1

Le titulaire d'une rente ou d'une allocation allouée en vertu d'une des dispositions des législations sur les accidents du travail et maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles qui correspond à une incapacité de travail au moins égale à un taux minimum a droit à la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie et de maternité, dans les conditions prévues à l'article L. 160-14.

Article L371-3

L'assuré victime d'un accident du travail, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, conserve pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ainsi qu'en cas de grossesse, ses droits aux prestations des titres II et III, pourvu qu'il remplisse, lors de l'accident, les conditions fixées à l'article L. 313-1.

Toutefois, l'assuré ne peut cumuler l'indemnité journalière due en vertu de la législation sur les accidents du travail et l'indemnité journalière prévue par les articles L. 323-4 et L. 331-3. A partir de la guérison ou de la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail, il reçoit l'indemnité journalière prévue par lesdits articles, sans déduction d'un délai de carence, si à cette date la durée de la maladie est déjà égale à ce délai.

Article L371-4

L'assuré titulaire d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, dont l'état d'invalidité subit à la suite de maladie ou d'accident une aggravation non susceptible d'être indemnisée par application de ladite législation, peut prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité si le degré total d'incapacité est au moins égal à un taux déterminé. Dans ce cas, la pension d'assurance est liquidée comme il est prévu au chapitre 1er du titre IV du présent livre, indépendamment de la rente d'accident.

Toutefois, le montant minimum prévu à l'article L. 341-5 est applicable au total de la rente d'accident et de la pension d'assurance. Ce total ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle.

Article L371-5

L'assuré victime d'un accident ou d'une maladie pour lesquels le droit aux réparations prévues par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles est contesté par la caisse primaire d'assurance maladie reçoit, à titre provisionnel, les prestations de l'assurance maladie s'il justifie des conditions fixées à l'article L. 313-1.

Si l'intéressé succombe dans l'action judiciaire entreprise, les prestations versées lui restent acquises.

Section 2 : Bénéficiaires de la législation des pensions militaires.

Article L371-6

Les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre des articles L. 115 à L. 118 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, suivant les prescriptions desdits articles.

Pour les maladies, blessures ou infirmités non visées par la législation sur les pensions militaires, ils bénéficient de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 et des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 et au chapitre 3 du titre II du présent livre. Ils sont dispensés du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques et autres mis à la charge des assurés malades ou invalides.

Dans le cas mentionné au premier alinéa, les indemnités journalières prévues à l'article L. 323-4 leur sont servies pendant des périodes déterminées, séparées par une interruption d'une durée minimale, sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'attribution lors de chaque interruption de travail.

Si la caisse conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de la législation sur les pensions militaires.

Les dispositions du présent article et du titre II du présent livre ne sont pas applicables aux titulaires de pensions militaires qui bénéficient de l'indemnité de soins et auxquels tout travail est interdit.

Article L371-7

L'assuré titulaire d'une pension allouée en vertu de la législation sur les pensions militaires dont l'état d'invalidité subit, à la suite de maladie ou d'accident, une aggravation non susceptible d'être indemnisée par application de ladite législation, peut prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité, si le degré total

d'incapacité est au moins égal à un taux déterminé. Dans ce cas, la pension d'assurance est liquidée comme il est prévu au chapitre 1er du titre IV du présent livre indépendamment de la pension militaire.

Toutefois, le montant minimum prévu à l'article L. 341-5 est applicable au total de la pension militaire et de la pension d'assurance. Ce total ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 2 : Service militaire et appel sous les drapeaux

Article L372-1

Les versements au titre des assurances sociales sont suspendus pendant la période de service militaire ou en cas d'appel sous les drapeaux.

L'assuré qui, à son départ, remplit les conditions requises pour obtenir les prestations, peut recevoir, éventuellement, la pension d'invalidité prévue au chapitre 1er du titre IV du présent livre, si la réforme est prononcée pour maladie ou infirmité contractée en dehors du service et ne donnant pas lieu de ce fait à l'attribution d'une pension militaire.

Il peut également, si son état l'exige, recevoir, à compter de la date de retour dans ses foyers, les prestations de l'assurance maladie.

Pendant toute la durée du service militaire ou d'appel sous les drapeaux il confère aux membres de sa famille le bénéfice des prestations prévues aux titres II, III et VI du présent livre.

Article L372-2

L'assuré doit justifier des conditions prévues aux articles L. 313-1 et L. 341-2, pour avoir ou ouvrir droit aux prestations après son retour dans ses foyers, le temps passé sous les drapeaux n'entrant pas en compte pour l'appréciation des périodes mentionnées auxdits articles.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 4 : Emploi des étrangers

Article L374-1

L'employeur qui a occupé un étranger soumis au régime institué par les articles L. 341-1 et suivants du code du travail est tenu de rembourser aux organismes de sécurité sociale le montant des prestations d'assurance maladie, maternité, décès, d'invalidité ou d'accident du travail versées à l'intéressé, si celui-ci n'a pas, avant la réalisation du risque ayant entraîné le versement des prestations, subi le contrôle médical prévu par lesdits articles.

En ce qui concerne les autres travailleurs étrangers, les employeurs sont également tenus à ce remboursement s'ils ne justifient pas que les intéressés leur ont présenté soit un document attestant qu'ils ont subi un contrôle médical prévu par les accords internationaux visant la circulation, le séjour et l'exercice des activités professionnelles salariées, soit une attestation de visite médicale délivrée par les services de l'Office français de l'immigration et de l'intégration.

Si pendant la période de référence au cours de laquelle ont été remplies les conditions d'ouverture du droit aux prestations, le travailleur étranger a été occupé irrégulièrement par plusieurs employeurs, ceux-ci sont tenus au remboursement prévu, au prorata du temps pendant lequel chacun d'eux a occupé le travailleur.

L'action en remboursement des prestations versées soit directement à l'assuré, soit par l'intermédiaire d'un tiers payant se prescrit par deux ans à compter de la date du versement des prestations.

Un décret fixe le montant maximum du remboursement qui peut être ainsi réclamé.

Un décret précisera la date et les conditions d'application de ces dispositions.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 5 : Faute intentionnelle de l'assuré

Article L375-1

Ne donnent lieu à aucune prestation en argent les maladies, blessures ou infirmités résultant de la faute intentionnelle de l'assuré.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 6 : Recours des caisses contre les tiers

Article L376-1

Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après.

Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.

Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée.

Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre

une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. A compter du 1er janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.

Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions, prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime.

Article L376-2

La victime ou ses ayants droit est admise à faire valoir les droits résultant pour elle de l'action en indemnité formée conformément à l'article L. 376-1 par priorité sur ceux des caisses en ce qui concerne son action en remboursement des déboursés.

Article L376-3

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré ne peut être opposé à la caisse de sécurité sociale qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Article L376-4

La caisse de sécurité sociale de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l'article L. 376-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au septième alinéa de l'article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 114-17-1. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 7 : Pénalités

Article L377-2

Sera puni d'une amende de 3 750 euros et, en cas de récidive dans le délai d'un an, d'une amende de 7 500 euros, tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services moyennant émoluments convenus à l'avance à un assuré social en vue de lui faire obtenir le bénéfice des prestations qui peuvent lui être dues.

Article L377-3

Sera puni d'une amende de 3 750 euros et d'un emprisonnement de six mois ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, soit par menaces ou abus d'autorité, soit par offre, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des assurés ou à des caisses de sécurité sociale ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés notamment dans une clinique ou cabinet médical, dentaire ou officine de pharmacie.

Article L377-4

Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 7,5 euros.

Article L377-5

Le jugement prononçant une des peines prévues au présent chapitre contre un praticien peut également prononcer son exclusion des services des assurances sociales.

Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance, en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 3 750 euros, et d'un emprisonnement de six mois ou de l'une de ces deux peines seulement sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 8 : Bénéficiaires de congés spécifiques d'aide à une personne dépendante ou handicapée

Section 1 : Bénéficiaires du congé de soutien familial

Article L378-1

Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en espèces à l'issue du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail, l'assuré, sous réserve toutefois de reprendre son activité et de n'avoir perçu aucune rémunération au titre de l'aide familiale apportée, doit justifier des conditions prévues aux articles L. 313-1 et L. 341-2 du présent code, la période de congé n'entrant pas en compte pour l'appréciation des périodes mentionnées auxdits articles.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre préliminaire : Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France

Article L380-2

Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 sont redevables d'une cotisation annuelle lorsqu'elles remplissent les conditions suivantes :

1° Leurs revenus tirés, au cours de l'année considérée, d'activités professionnelles exercées en France sont inférieurs à un seuil fixé par décret. En outre, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, les revenus tirés d'activités professionnelles exercées en France de l'autre membre du couple sont également inférieurs à ce seuil ;

2° Elles n'ont perçu ni pension de retraite, ni rente, ni aucun montant d'allocation de chômage au cours de l'année considérée. Il en est de même, lorsqu'elles sont mariées ou liées à un partenaire par un pacte civil de solidarité, pour l'autre membre du couple.

Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus fonciers, de capitaux mobiliers, des plus-values de cession à titre onéreux de biens ou de droits de toute nature, des bénéfices industriels et commerciaux non professionnels et des bénéfices des professions non commerciales non professionnels, définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts, qui dépasse un plafond fixé par décret. Servent également au calcul de l'assiette de la cotisation, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application du IV de l'article 1417 du code général des impôts, l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Ces éléments de train de vie font l'objet d'une évaluation dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

Lorsque les revenus d'activité mentionnés au 1° sont inférieurs au seuil défini au même 1° mais supérieurs à la moitié de ce seuil, l'assiette de la cotisation fait l'objet d'un abattement dans des conditions fixées par décret. Cet abattement croît à proportion des revenus d'activité, pour atteindre 100 % à hauteur du seuil défini audit 1°.

La cotisation est recouvrée l'année qui suit l'année considérée, mentionnée aux 1° et 2° du présent article, selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret du Conseil d'Etat.

Les agents des administrations fiscales communiquent aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-2 les informations nominatives déclarées pour l'établissement de l'impôt sur le revenu par les personnes remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 380-2, conformément à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.

Article L380-3-1

I.-Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, mais qui, sur leur demande, sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord, sont affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 160-1.

II.-Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, jusqu'à la fin des dispositions transitoires relatives à la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne, soit douze ans à partir de l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I.

III.-Les dispositions du I et du II sont également applicables aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit, résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 précité, mais qui sur leur demande sont exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord.

IV.-Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions et de rentes affiliés au régime général dans les conditions fixées au I ne sont pas assujettis aux contributions visées à l'article L. 136-1 et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale et ne sont pas redevables des cotisations visées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 et à l'article L. 380-2.

Ils sont redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités fixées au IV de l'article 1417 du code général des impôts. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis.

La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat.

Article L380-4

Les pupilles de l'Etat sont affiliés au régime général au titre du présent chapitre.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre 1er : Personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges

Section 1 : Bénéficiaires du complément familial, de la prestation d'accueil du jeune enfant - Personnes assumant la charge d'un handicapé.

Article L381-1

La personne isolée et, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres n'exerçant pas d'activité professionnelle, bénéficiaire du complément familial, de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant ou de la prestation partagée d'éducation de l'enfant, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret et que les enfants dont il assume la charge remplissent les conditions d'âge et de nombre qui sont fixées par le même décret.

La personne isolée ou chacun des membres d'un couple exerçant une activité professionnelle à temps partiel, bénéficiaire de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret et que les enfants dont il assume la charge remplissent les conditions d'âge et de nombre qui sont fixées par décret.

La personne bénéficiaire de l'allocation journalière de présence parentale est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général.

Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, la personne bénéficiaire du congé de proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 du code du travail. Cette affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret.

Le travailleur non salarié mentionné aux articles L. 611-1 ou L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime ou au 2° de l'article L. 722-10 du même code, ainsi que le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 622-8 du présent code ou aux articles L. 321-5 et L. 732-34 du code rural, qui interrompt son activité professionnelle pour s'occuper de son conjoint, de son concubin, de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, d'un ascendant, d'un descendant, de l'enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du présent code, d'un collatéral jusqu'au quatrième degré ou de l'ascendant, du descendant ou du collatéral jusqu'au quatrième degré de son conjoint, de son

concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité, est affilié obligatoirement, pour une durée de trois mois, à l'assurance vieillesse du régime général. Cette affiliation peut être renouvelée, dans la limite d'une durée maximale d'une année. Elle n'est pas subordonnée à la radiation du travailleur non salarié du centre de formalités des entreprises dont il relève. Elle est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret.

En outre, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale et qu'elle n'exerce aucune activité professionnelle ou seulement une activité à temps partiel la personne et, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres :

1°) ayant la charge d'un enfant handicapé qui n'est pas admis dans un internat, dont l'incapacité permanente est au moins égale à un taux fixé par décret et qui n'a pas atteint l'âge limite d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;

2°) ou assumant, au foyer familial, la charge d'une personne adulte handicapée dont la commission prévue à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles reconnaît que l'état nécessite une assistance ou une présence définies dans des conditions fixées par décret et dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal au taux ci-dessus rappelé, dès lors que ladite personne handicapée est son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son ascendant, descendant ou collatéral ou l'ascendant, descendant ou collatéral d'un des membres du couple. Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent alinéa relèvent du contentieux technique de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 143-1 du présent code.

Le financement de l'assurance vieillesse des catégories de personnes mentionnées par le présent article est assuré par une cotisation à la charge exclusive des organismes débiteurs des prestations familiales et calculée sur des assiettes forfaitaires. Cependant, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie rembourse à la Caisse nationale des allocations familiales les cotisations acquittées par les organismes débiteurs des prestations familiales au titre des personnes mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas.

Aucune affiliation ne peut intervenir en application des dispositions ci-dessus lorsque, au titre du ou des enfants considérés et de la même période, la personne concernée bénéficie de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-5 du présent code ou de périodes d'assurance attribuées par des régimes spéciaux en application du 1° de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet. Les dispositions d'application du présent alinéa sont déterminées en tant que de besoin par décret.

Section 3 : Etudiants.

Article L381-4

La présente section est applicable aux élèves et aux étudiants des établissements d'enseignement supérieur, des écoles techniques supérieures, des grandes écoles et des classes du second degré préparatoires à ces écoles qui ne dépassent pas un âge limite fixé par décret.

Article L381-5

Les conditions que doivent remplir les assujettis et la liste des établissements mentionnés à l'article précédent sont déterminées par arrêté interministériel, après consultation des associations d'étudiants.

Article L381-6

Les bénéficiaires énumérés à l'article L. 381-4 sont affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie à la diligence des établissements où ils sont inscrits.

Les cotisations sont recouvrées en même temps que les sommes dues pour frais d'études. Elles sont versées à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale dont dépend l'établissement.

Article L381-8

Les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4 sont redevables, au titre de chaque période annuelle dont les dates sont fixées par décret, d'une cotisation forfaitaire dont le montant est fixé par arrêté interministériel et est revalorisé annuellement par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25, après consultation des associations d'étudiants.

Ils ne sont pas redevables de la cotisation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 380-2.

Sont exonérés de la cotisation prévue au premier alinéa du présent article les étudiants ou élèves mentionnés à l'article L. 381-4 qui satisfont à l'un des critères suivants :

- 1° Etre titulaire d'une bourse de l'enseignement supérieur ;
- 2° Etre âgé de moins de vingt ans sur la totalité de la période mentionnée au premier alinéa du présent article ;
- 3° Exercer une activité professionnelle.

Section 5 : Invalides de guerre

Article L381-20

La présente section est applicable aux personnes suivantes :

1°) les bénéficiaires des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, titulaires d'une pension d'invalidité correspondant à un taux minimum d'incapacité, qui ne sont pas assurés sociaux ;

2°) les veuves non remariées, bénéficiaires des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, qui ne sont pas assurées sociales ;

3°) les orphelins de guerre mineurs titulaires d'une pension en vertu des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, lorsqu'ils ne sont pas assurés sociaux ou que la personne qui les a recueillis n'est pas elle-même assurée sociale ;

4°) les orphelins de guerre majeurs titulaires d'une pension en vertu des dispositions de l'article L. 57 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Dans ce dernier cas, ils doivent être reconnus incapables de travailler par la commission prévue à l'article L. 143-2 ;

5°) les aveugles de la Résistance, bénéficiaires de l'article L. 189 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

6°) les victimes civiles de la guerre visées au 6° de l'article L. 136 bis du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

7°) les ascendants pensionnés au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ayant atteint un âge déterminé et ne relevant pas déjà d'un régime obligatoire d'assurance maladie.

Article L381-23

La prise en charge des frais de santé des personnes mentionnées à l'article L. 381-20 est assurée :

1°) par une cotisation due par les bénéficiaires de la présente section prélevée sur leur pension et dont le taux, fixé par un décret, ne peut excéder celui appliqué aux fonctionnaires retraités et aux veuves de fonctionnaires ;

2°) par une contribution inscrite chaque année au budget général de l'Etat et dont le montant est déterminé, compte tenu du coût moyen des risques pour l'année précédente et de la cotisation prévue au présent article.

Article L381-24

Les conditions dans lesquelles les cotisations et contributions susmentionnées à l'article L. 381-23 sont versées aux caisses de sécurité sociale compétentes sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Section 6 : Sapeurs-pompiers volontaires.

Article L381-25

Les dispositions de la section 5 du présent chapitre sont étendues :

1°) aux sapeurs-pompiers volontaires, non assurés sociaux, titulaires d'une rente correspondant à un taux minimum d'invalidité ;

2°) aux conjoints non remariés des sapeurs-pompiers volontaires mentionnés à l'article 13 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service, titulaires d'une rente de réversion au titre de ladite loi lorsqu'ils ne sont pas assurés sociaux ;

3°) aux orphelins titulaires d'une rente de réversion ou d'une pension d'orphelin au titre de la loi précitée, lorsqu'ils ne sont pas assurés sociaux, ou que la personne qui les a recueillis n'est pas elle-même assurée sociale.

Pour l'application du présent article la cotisation prévue au deuxième alinéa (1°) de l'article L. 381-23 est à la charge de l'Etat.

Section 7 : Bénéficiaires de l'allocation aux vieux travailleurs salariés et de l'allocation aux mères de famille.

Section 8 : Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Section 9 : Détenus et personnes retenues dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté

Sous-section 1 : Assurances maladie et maternité

Article L381-30

Les personnes détenues bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé effectuée par le régime général à compter de la date de leur incarcération.

Par dérogation au premier alinéa, lorsque les personnes détenues bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5,6 et 8 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, la prise en charge de leurs frais de santé est assurée par le régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité.

Les dispositions de l'article L. 115-6 ne sont pas applicables aux détenus.

Une participation peut être demandée, lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droit.

Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L381-30-1

Les détenus sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par le régime général et pour la participation mentionnée au I de l'article L. 160-13 ainsi que pour le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4, qui sont pris en charge par l'Etat selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5.

Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1.

Les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et maternité.

Article L381-30-2

L'Etat est redevable d'une cotisation pour chaque détenu, à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 381-30. Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale.

Article L381-30-3

Les cotisations dues par l'Etat en application de l'article L. 381-30-2 font l'objet d'un versement global à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dont le montant est calculé et acquitté selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L381-30-4

La rémunération versée aux détenus qui exécutent un travail pénal est soumise à cotisation patronale et salariale d'assurance maladie et maternité dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire.

Article L381-30-5

I.-Les caisses d'assurance maladie assurent le paiement, d'une part, de l'intégralité des frais de soins dispensés aux personnes détenues, à l'exception de celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 381-30, pour la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie ainsi que pour la part correspondant à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 160-13, dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations, et, d'autre part, du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4.

La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux personnes détenues affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-16 lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées

mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux personnes détenues soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du 12° de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont financés selon les modalités de droit commun.

II.-L'Etat assure la prise en charge de la part des dépenses de soins correspondant à la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 160-13 due par les personnes détenues mentionnées au I du présent article ainsi que du forfait journalier institué par l'article L. 174-4 et rembourse la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au titre des paiements effectués par les caisses d'assurance maladie en application du premier alinéa du I du présent article.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

Article L381-30-6

L'Etat prend en charge :

1° Les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé engagées par l'établissement de santé, sous réserve de celles qui sont prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé, et notamment par le département, en application de l'article 37 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat ;

2° Les frais de transport du personnel hospitalier, des produits et petits matériels à usage médical et des produits pharmaceutiques ;

3° Les frais d'aménagement des locaux spécialement prévus pour l'admission des détenus dans les établissements de santé et dans les établissements pénitentiaires.

Sous-section 2 : Assurance vieillesse

Article L381-31

Nonobstant les dispositions de l'article L. 115-6, les détenus exécutant un travail pénal ou suivant un stage de formation professionnelle sont affiliés obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire qui prend également en charge les cotisations forfaitaires dues par les détenus employés au service général.

Toutefois, les cotisations des détenus qui suivent un stage de formation professionnelle sont calculées et prises en charge dans les conditions prévues par l'article L. 980-3 du code du travail.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui, exerçant une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, sont affiliés au régime d'assurance vieillesse dont ils relèvent au titre de cette activité.

Sous-Section 3 - Personnes retenues dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté

Article L381-31-1

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux personnes retenues dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre 2 : Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques

Section 1 : Artistes auteurs

Sous-section 1 : Champ d'application.

Article L382-1

Les artistes auteurs d'oeuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques, ainsi que photographiques, sous réserve des dispositions suivantes, sont affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale pour les assurances sociales et bénéficient des prestations familiales dans les mêmes conditions que les salariés.

Bénéficient du présent régime :

- les auteurs d'oeuvres photographiques journalistes professionnels au sens des articles L. 761-2 et suivants du code du travail, au titre des revenus tirés de l'exploitation de leurs oeuvres photographiques en dehors de la presse et, dans des conditions à prévoir par des accords professionnels distincts dans le secteur des agences de presse et dans celui des publications de presse ou, à l'issue d'une période de deux ans à compter de la date de promulgation de la loi n° 2006-961 du 1er août 2006 relative au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, par décret en Conseil d'Etat, pour leurs revenus complémentaires tirés de l'exploitation de leurs oeuvres photographiques dans la presse ;

- les auteurs d'oeuvres photographiques non journalistes professionnels qui tirent de leur activité, directement ou par l'intermédiaire d'agences de quelque nature qu'elles soient, des droits d'auteurs soumis au régime fiscal des bénéfices non commerciaux et qui exercent leur activité depuis au moins trois années civiles.

Les dispositions prévues aux trois précédents alinéas s'entendent sans préjudice des dispositions de l'article L. 311-2 du présent code.

L'affiliation est prononcée par les organismes de sécurité sociale, s'il y a lieu après consultation, à l'initiative de l'organisme compétent ou de l'intéressé, de commissions qui, instituées par branches professionnelles et composées en majorité de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes, tiennent compte notamment de ses titres.

Sous-section 2 : Organismes agréés et commissions.

Article L382-2

Chaque organisme est administré par un conseil d'administration comprenant des représentants élus des artistes-auteurs affiliés et des représentants élus des diffuseurs. Il comprend également des représentants de l'Etat. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa ainsi que les conditions de nomination des directeurs et agents comptables desdits organismes.

Les délibérations du conseil d'administration de chaque organisme agréé ne deviennent exécutoires que si aucune opposition n'est faite dans un délai et dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 4 : Cotisations.

Article L382-3

Les revenus tirés de leur activité d'auteur à titre principal ou à titre accessoire par les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont assujettis aux cotisations de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les mêmes conditions que des salaires, sous réserve des adaptations prévues dans la présente section.

Les cotisations dues au titre des assurances sociales pour les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont calculées selon les taux de droit commun.

Les revenus servant de base au calcul des cotisations dues au titre du présent régime sont constitués du montant brut des droits d'auteur lorsque ces derniers sont assimilés fiscalement à des traitements et salaires par le 1^{er} quater de l'article 93 du code général des impôts. Ils sont constitués du montant des revenus imposables au titre des bénéfices non commerciaux majorés de 15 % lorsque cette assimilation n'est pas applicable.

Article L382-4

Le financement des charges incombant aux employeurs au titre des assurances sociales et des prestations familiales est assuré par le versement d'une contribution par toute personne physique ou morale, y compris l'Etat et les autres collectivités publiques, qui procède, à titre principal ou à titre accessoire, à la diffusion ou à l'exploitation commerciale d'oeuvres originales relevant des arts mentionnés par le présent chapitre.

Cette contribution est calculée sur un barème tenant compte soit du chiffre d'affaires réalisé par ces personnes à raison de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des oeuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'oeuvres graphiques et plastiques ou de leur rémunération lorsque l'oeuvre n'est pas vendue au public, soit des sommes qu'elles versent à titre de droit d'auteur aux artistes ou organismes percevant ces sommes pour leur compte, à l'occasion de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des oeuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'oeuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques.

Elle est recouvrée comme en matière de sécurité sociale par l'intermédiaire d'organismes agréés par l'autorité administrative qui assument, en matière d'affiliation, les obligations de l'employeur à l'égard de la sécurité sociale.

Article L382-5

La part des cotisations à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 est versée par les intéressés à l'organisme agréé dont elles relèvent.

Toutefois, lorsque la rémunération est versée par l'une des personnes mentionnées à l'article L. 382-4, la fraction de cotisation assise sur la totalité de cette rémunération est précomptée par cette personne et versée par elle à l'organisme agréé.

Article L382-6

Sans préjudice de l'application du premier alinéa de l'article L. 242-3 et de l'article L. 241-3, la fraction de cotisation au-dessous du plafond prévu audit article L. 241-3, calculée sur les rémunérations perçues en qualité d'auteur au sens de l'article L. 382-1 par des personnes qui exercent par ailleurs une ou plusieurs autres activités salariées ou assimilées, peut être fixée forfaitairement par arrêté ministériel.

Article L382-7

Les organismes agréés visés à l'article L. 382-2 exercent une action sociale en faveur de leurs ressortissants affiliés aux assurances sociales prévues au présent chapitre, en vue de prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par ces ressortissants connaissant des difficultés économiques. Le financement de cette action sociale est assuré par une fraction de la contribution visée à l'article L. 382-4. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 5 : Prestations.

Article L382-8

Les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 ont le droit, pour elles-mêmes et les membres de leur famille au sens de l'article L. 161-1, aux prestations des assurances sociales et aux prestations familiales.

Article L382-9

Pour bénéficier du règlement des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, l'assuré doit être à jour de ses cotisations.

Sous réserve des dispositions de l'alinéa précédent, lorsque la vente de ses oeuvres ne lui procure que des ressources insuffisantes pour ouvrir droit aux prestations, ce droit peut, compte tenu de ses titres et de sa qualité d'artiste professionnel, lui être reconnu ou maintenu, après avis de la de la commission professionnelle compétente.

Article L382-10

L'article L. 351-14 n'est pas applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 382-1.

Les droits acquis ou en cours d'acquisition par ces personnes dans le régime de base d'assurance vieillesse des professions libérales prévu au titre IV du livre VI du présent code antérieurement au 1er janvier 1977 sont pris en charge au titre des dispositions prévues au présent chapitre à partir du 1er janvier 1977.

Les titulaires d'une pension de vieillesse acquise au 1er janvier 1977 dans le régime de base des professions libérales bénéficient des prestations de l'assurance maladie dans les mêmes conditions que les pensionnés du régime général.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations versées au régime de base d'assurance vieillesse des professions libérales au titre de périodes antérieures au 1er janvier 1977 sont prises en considération pour la liquidation des prestations.

Sous-section 6 : Régimes complémentaires.

Article L382-12

Les personnes affiliées au régime général en application de l'article L. 382-1 relèvent de régimes complémentaires d'assurance vieillesse institués en application de l'article L. 644-1 dont la gestion est assurée par une caisse de retraite complémentaire dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, dans des conditions fixées par décret.

Lorsque la cotisation à un régime relevant du présent article est due au titre de droits perçus en application du contrat visé à l'article L. 132-24 du code de la propriété intellectuelle, cette cotisation est précomptée et versée par le producteur mentionné à l'article L. 132-23 du même code. Une fraction, déterminée par décret, est à la charge du producteur.

Pour les catégories de personnes mentionnées au premier alinéa qui, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2003-517 du 18 juin 2003 relative à la rémunération au titre du prêt en bibliothèque et renforçant la protection sociale des auteurs, n'entrent pas dans le champ d'application de ces régimes, un décret désigne le régime complémentaire d'assurance vieillesse applicable.

Pour les personnes mentionnées au premier alinéa dont une ou plusieurs œuvres ont fait l'objet d'un contrat d'édition en vue de leur publication et de leur diffusion sous forme de livre et qui tirent plus de la moitié de leurs revenus de l'exploitation de ces œuvres, une part de la rémunération perçue en application de l'article L. 133-3 du code de la propriété intellectuelle est affectée, dans la limite prévue à l'article L. 133-4 du même code, à la prise en charge d'une fraction des cotisations dues par ces affiliés au titre de la retraite complémentaire. Un décret détermine le montant de cette fraction, qui ne peut toutefois excéder la moitié du montant des cotisations. Il fixe également les modalités de recouvrement des sommes correspondant à cette fraction et des cotisations des affiliés.

Sous-section 7 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L382-14

Le décret en Conseil d'Etat qui détermine les modalités d'application du présent chapitre fixe, notamment en ce qui concerne les obligations des assujettis, les conditions d'ouverture du droit aux prestations, les modalités de calcul des prestations en espèces des assurances maladie et maternité, de l'assurance décès et des pensions de vieillesse et d'invalidité, le délai qui suit le point de départ de l'incapacité de travail et à l'expiration duquel sont accordées les prestations en espèces de l'assurance maladie, les obligations des personnes mentionnées à l'article L. 382-4 en matière de déclaration de leur chiffre d'affaires, la représentation majoritaire des intéressés au sein des organismes agréés prévus au même article, leur rôle et leurs rapports avec les organismes de sécurité sociale.

Le même décret détermine également les adaptations à apporter le cas échéant aux dispositions du présent code relatives au contrôle de l'assiette, à la fixation et au recouvrement des cotisations.

Article L382-14-1

Les revenus versés en application de l'article L. 132-42 du code de la propriété intellectuelle sont assujettis aux cotisations de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions prévues au présent chapitre.

Section 2 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L382-15

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses, ainsi que les personnes titulaires de la pension de vieillesse ou de la pension d'invalidité instituées par la présente section qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime de base de sécurité sociale, relèvent du régime général de sécurité sociale. Ils ne peuvent être affiliés au titre de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1.

L'affiliation est prononcée par l'organisme de sécurité sociale prévu à l'article L. 382-17, s'il y a lieu après consultation d'une commission consultative instituée auprès de l'autorité compétente de l'Etat, et comprenant des représentants de l'administration et des personnalités choisies en raison de leur compétence, compte tenu de la diversité des cultes concernés.

Article L382-16

Les personnes visées à l'article L. 382-15 et détachées temporairement à l'étranger demeurent soumises, pendant une durée maximale fixée par décret, au régime prévu par la présente section à la condition que leurs associations, congrégations et collectivités religieuses s'engagent à acquitter l'intégralité des cotisations dues.

Article L382-17

Il est institué un organisme de sécurité sociale à compétence nationale qui prend la dénomination de "Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes". Cet organisme est constitué et fonctionne, sous réserve des dispositions du présent chapitre, conformément aux dispositions applicables aux organismes visés au chapitre Ier du titre Ier du livre II. Il est chargé d'assurer le recouvrement des cotisations et le versement des prestations d'assurance maladie et maternité, d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité. Il gère les quatre sections suivantes :assurance maladie, maternité et invalidité, assurance vieillesse, action sanitaire et sociale et gestion administrative.

La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes est soumise au contrôle de l'Etat .

Elle exerce, au bénéfice de ses ressortissants, une action sanitaire et sociale dont le financement est fixé, avant le début de chaque exercice, sur décision du conseil d'administration de la caisse.

Un décret en Conseil d'Etat détermine la composition ainsi que le mode de désignation des membres du conseil d'administration, compte tenu notamment de la pluralité des cultes concernés.

Article L382-18

Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes détermine les conditions dans lesquelles les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative et à l'action sanitaire et sociale sont mises à la disposition de la caisse d'assurance

vieillesse, invalidité et maladie des cultes par le régime général ainsi que les conditions dans lesquelles les cotisations mentionnées à l'article L. 382-25 sont reversées par cet organisme au régime général. Une convention de même nature est également conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes. Ces conventions sont soumises à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Article L382-19

La commission prévue au deuxième alinéa de l'article L. 382-15 est chargée d'émettre un avis sur les problèmes soulevés par l'application de la présente section.

Article L382-20

Les différends auxquels donne lieu l'application de la présente section sont réglés conformément aux dispositions des chapitres 2 à 4 du titre IV du livre Ier.

Sous-section 2 : Assurance maladie.

Article L382-21

Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-15 bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues au livre Ier.

Les membres des congrégations et des collectivités religieuses peuvent, sur leur demande, être admis à bénéficier d'un régime particulier comportant des cotisations et des prestations réduites.

Ces prestations sont limitées à la couverture des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure publics et privés.

L'option pour le régime particulier est valable pour une durée déterminée ; elle est renouvelable.

Un décret détermine les modalités d'application des trois derniers alinéas ci-dessus.

Article L382-22

Les charges résultant des dispositions de la présente sous-section sont couvertes :

1° Par des cotisations personnelles assises sur une base forfaitaire et à la charge des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses. Les cotisations dues par les personnes visées à l'article L. 382-15 qui sont redevables des contributions mentionnées respectivement à l'article L. 136-1 et au I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont réduites dans des conditions fixées par arrêté ;

2° Par une cotisation à base forfaitaire à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relèvent les ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses ;

3° En tant que de besoin, par une contribution du régime général.

Le montant des cotisations peut être réparti dans les conditions fixées au second alinéa du II de l'article L. 382-25.

Article L382-23

Le décret en Conseil d'Etat qui fixe les conditions d'application de la présente sous-section détermine notamment les conditions dans lesquelles les ministres des cultes et les membres des congrégations religieuses qui relèvent d'un autre régime obligatoire de sécurité sociale en raison d'une activité exercée à temps partiel peuvent bénéficier des dispositions de la présente section.

Sous-section 3 : Assurance invalidité.

Article L382-24

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses mentionnés à l'article L. 382-15 ont droit à une pension d'invalidité lorsque leur état de santé les met dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer, médicalement constatée et révisée selon une périodicité fixée par décret.

Un décret détermine les modalités de calcul du montant de la pension.

La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application du premier alinéa de l'article L. 351-1, par la pension de vieillesse prévue à la sous-section 4 de la présente section.

La pension d'invalidité est majorée d'un montant fixé par décret lorsque le titulaire se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Sous-section 4 : Assurance vieillesse.

Article L382-25

I. - Les charges résultant des dispositions de la présente sous-section sont couvertes par :

1° Des cotisations à la charge des assurés, assises sur une base forfaitaire ;

2° Des cotisations à la charge des associations, des congrégations ou collectivités religieuses dont relèvent les assurés, assises sur une base forfaitaire ;

3° Abrogé ;

4° Une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2 ;

5° Des recettes diverses ;

6° En tant que de besoin, une contribution de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

II. - Les taux des cotisations et les bases forfaitaires mentionnés au I sont fixés par décret, après avis du conseil d'administration de l'organisme mentionné à l'article L. 382-17.

Sur la demande des administrateurs représentant chacun des cultes, le conseil d'administration de l'organisme mentionné à l'article L. 382-17 peut répartir entre les associations, congrégations et collectivités religieuses les montants des cotisations que celles-ci doivent verser compte tenu des capacités contributives de chacune d'elles et des charges que le régime supporte de leur fait.

Article L382-26

La pension servie aux assurés atteints d'une incapacité totale ou partielle d'exercer dans les conditions prévues à l'article L. 382-24 est complétée, le cas échéant, par la majoration prévue au même article lorsque les titulaires remplissent soit au moment de la liquidation de leur droit, soit postérieurement mais avant un âge fixé par décret, les conditions d'octroi de la majoration.

Article L382-27

Les personnes qui exercent ou qui ont exercé des activités mentionnées à l'article L. 382-15 reçoivent une pension de vieillesse dans les conditions définies aux articles L. 351-1 à L. 351-1-3, au premier alinéa de l'article L. 351-2, aux 4°, 5° et 6° de l'article L. 351-3, aux articles L. 351-4, L. 351-4-1, L. 351-6, L. 351-8 à L. 351-13, L. 353-1 à L. 353-5 et L. 355-1 à L. 355-3.

Les prestations afférentes aux périodes d'assurance antérieures au 1er janvier 1998 sont indiquées dans les conditions législatives et réglementaires en vigueur au 31 décembre 1997 sous réserve d'adaptation par décret. Le minimum et le maximum mentionnés à l'article L. 721-6 dans sa rédaction antérieure au 1er janvier 1998 sont revalorisés dans les conditions prévues à l'article L. 351-11.

Article L382-28

Un décret fixe les conditions dans lesquelles la pension instituée par la présente sous-section se substitue aux allocations dues en application des régimes de prévoyance antérieurs.

Article L382-29

Les dispositions des articles L. 173-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 217-1, L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-4 à L. 243-6, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-11, L. 244-13, L. 244-14, L. 256-1, L. 256-3, L. 256-4, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-3, L. 351-14-1, L. 355-2, L. 355-3, L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables, dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente section, aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés à la présente section.

Article L382-29-1

Sont prises en compte pour l'application de l'article L. 351-14-1, dans les mêmes conditions que les périodes définies au 1° du I du même article, les périodes de formation accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte qui précèdent l'obtention du statut défini à l'article L. 382-15 entraînant affiliation au régime des cultes.

Article L382-30

Les ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses de nationalité française, qui exercent à l'étranger et dans les territoires français d'outre-mer, peuvent adhérer au régime d'assurance vieillesse institué par la présente sous-section.

Section 3 : Titulaires de mandats locaux

Article L382-31

Les élus des collectivités territoriales mentionnées à l'article 72 de la Constitution dans lesquelles s'applique le régime général de sécurité sociale, ainsi que les délégués de ces collectivités territoriales membres d'un

établissement public de coopération intercommunale, sont affiliés au régime général de sécurité sociale pour l'ensemble des risques. Leurs indemnités de fonction sont assujetties aux cotisations de sécurité sociale lorsque leur montant total est supérieur à une fraction, fixée par décret, de la valeur du plafond défini à l'article L. 241-3. Toutefois, pour les élus mentionnés aux articles L. 2123-9, L. 3123-7, L. 4135-7, L. 4422-22, L. 5214-8, L. 5215-16 et L. 5216-4 du code général des collectivités territoriales qui ont cessé toute activité professionnelle pour l'exercice de leur mandat et ne relèvent plus, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale, les indemnités de fonction dont le montant est inférieur à cette fraction sont assujetties aux cotisations de sécurité sociale.

Partie législative

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre 3 : Dispositions d'application

Article L383-1

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre III. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 1 : Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre 1er : Définitions : accident du travail et accident du trajet.

Article L411-1

Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

Article L411-2

Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné par le présent livre, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

1°) la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail. Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ;

2°) le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 1 : Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre 2 : Champ d'application - Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire et à diverses autres catégories de bénéficiaires

Section 1 : Dispositions générales relatives au champ d'application.

Article L412-1

Les dispositions du présent livre sont applicables sous réserve de celles de l'article L. 413-12 à la prévention ainsi qu'à la réparation des accidents du travail survenus et des maladies professionnelles constatées après le 31 décembre 1946 dans les professions autres que les professions agricoles.

Article L412-2

Bénéficient notamment des dispositions du présent livre, même si elles ne sont pas occupées dans l'établissement de l'employeur ou chef d'entreprise, même si elles possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail, les personnes mentionnées à l'article L. 311-3. Toutefois, les personnes mentionnées aux 10° et 17° dudit article n'en bénéficient que dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'employeur au sens du présent livre est celui qui est désigné au livre III.

Section 2 : Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire.

Article L412-3

Pour l'application aux entreprises de travail temporaire des dispositions de l'article L. 242-7, il est tenu compte des mesures de prévention ou de soins et des risques exceptionnels qui caractérisent les entreprises utilisatrices recourant aux services desdites entreprises de travail temporaire.

Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à une action en remboursement de l'entreprise de travail temporaire contre l'entreprise utilisatrice, ou, inversement, de celle-ci contre l'entreprise de travail temporaire, en cas d'imposition d'une cotisation supplémentaire ou d'octroi d'une ristourne.

Article L412-4

Sans préjudice des obligations qui lui incombent à l'égard de son employeur en exécution des dispositions de l'article L. 441-1, la victime d'un accident du travail doit en informer ou en faire informer l'utilisateur.

L'utilisateur doit déclarer à l'entreprise de travail temporaire tout accident dont il a eu connaissance et dont a été victime un salarié mis à sa disposition par cette entreprise.

Pour l'application de la présente section, est considéré comme lieu de travail au sens de l'article L. 411-2, tant le ou les lieux où s'effectue la mission que le siège de l'entreprise de travail temporaire.

Article L412-5

Le recours ouvert, par le deuxième alinéa de l'article L. 471-1 du présent code, à la caisse primaire d'assurance maladie peut également être dirigé contre l'utilisateur dans le cas où ce dernier a contrevenu à l'obligation mise à sa charge par le deuxième alinéa de l'article L. 412-4.

Article L412-6

Pour l'application des articles L. 452-1 à L. 452-4, l'utilisateur, le chef de l'entreprise utilisatrice ou ceux qu'ils se sont substitués dans la direction sont regardés comme substitués dans la direction, au sens desdits articles, à l'employeur. Ce dernier demeure tenu des obligations prévues audit article sans préjudice de l'action en remboursement qu'il peut exercer contre l'auteur de la faute inexcusable.

Article L412-7

Pour l'application de l'article L. 452-5 lorsque l'accident du travail a eu pour cause une faute intentionnelle de l'utilisateur, du chef de l'entreprise utilisatrice ou de l'un de leurs préposés, ceux-ci sont substitués à l'employeur ou aux préposés de celui-ci.

Section 3 : Dispositions applicables à diverses catégories de bénéficiaires.

Article L412-8

Outre les personnes mentionnées à l'article L. 412-2, bénéficient également des dispositions du présent livre, sous réserve des prescriptions spéciales du décret en Conseil d'Etat :

1° les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur service ;

2° a. les étudiants ou les élèves des établissements d'enseignement technique pour les accidents survenus au cours de cet enseignement ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages auxquels il donne lieu ; les écoles et les cours d'enseignement commercial donnant à des élèves réguliers ou intermittents un enseignement complémentaire et de perfectionnement tel que :

commerce, sténographie, sténotypie, mécanographie, dactylographie, français commercial, correspondance commerciale, droit commercial, comptabilité, publicité, langues étrangères et autres enseignements de nature intellectuelle sont en dehors du champ d'application du présent livre ;

b. les élèves des établissements d'enseignement secondaire ou d'enseignement spécialisé et les étudiants autres que ceux qui sont mentionnés au a. ci-dessus pour les accidents survenus au cours d'enseignements dispensés en ateliers ou en laboratoires ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études ;

c. les personnes effectuant des stages de formation professionnelle continue conformément aux dispositions du livre IX du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation y compris si cette formation est effectuée par des salariés en partie hors du temps de travail dans les conditions fixées par les articles L6321-2 à L6321-12, L6331-5, L6331-26, D6321-4, D6321-5 et D6321-8 et L. 932-2 du code du travail ;

d. les bénéficiaires des allocations mentionnées à l'article L5123-2 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;

e. les bénéficiaires des allocations versées au titre de l'article L. 1233-68 du code du travail pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur reclassement ;

f. Les personnes, non mentionnées aux a et b, qui effectuent, dans un organisme public ou privé, un stage d'initiation, de formation ou de complément de formation professionnelle ne faisant pas l'objet d'un contrat de travail et n'entrant pas dans le cadre de la formation professionnelle continue telle que définie par le livre IX du code du travail ;

3° les personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle dans les conditions prévues par le présent code, les victimes menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 433-1, les assurés sociaux bénéficiaires de l'article L. 324-1 ou titulaires d'une pension d'invalidité en vertu du chapitre 1er du titre IV du livre III et les personnes autres que celles appartenant aux catégories ci-dessus et qui, en vertu d'un texte législatif ou réglementaire, effectuent un stage de rééducation professionnelle dans les écoles administrées par l'office national des anciens combattants et victimes de la guerre, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de la réadaptation ou de la rééducation ;

4° les pupilles de l'éducation surveillée, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion d'un travail commandé, dans les conditions déterminées par un décret ;

5° les détenus exécutant un travail pénal, les condamnés exécutant un travail d'intérêt général et les personnes effectuant un travail non rémunéré dans le cadre d'une composition pénale pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de ce travail, dans les conditions déterminées par décret ;

6° les personnes qui participent bénévolement au fonctionnement d'organismes à objet social créés en vertu ou pour l'application d'un texte législatif ou réglementaire, dans la mesure où elles ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du présent livre. Un décret détermine la nature des organismes mentionnés par la présente disposition ; il peut en établir la liste ;

7° les salariés désignés, en application des articles L3142-3 à L3142-6 du code du travail, pour siéger dans une commission, un conseil ou un comité administratifs ou paritaires, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions dans les conditions définies par décret ;

8° les personnes mentionnées à l'article 2 du décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins pour l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles imputables à une faute inexcusable de l'employeur. Un décret détermine les conditions d'application du présent 8° ;

9° les salariés accomplissant un stage de formation dans les conditions prévues par les articles L4523-10 et L4614-14 à L4614-16, L2325-44 et R2325-8 et L2145-1, L3142-7 à L3142-11 et R3142-1 du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation ;

10° Les bénéficiaires du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des actions favorisant leur insertion, dans des conditions déterminées par décret ;

11° Les bénéficiaires d'actions d'aide à la création d'entreprise ou d'actions d'orientation, d'évaluation ou d'accompagnement dans la recherche d'emploi dispensées ou prescrites par Pôle emploi ou par les organismes mentionnés aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 5135-2 du code du travail, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces actions ;

12° Les salariés désignés, dans les conditions définies aux articles L3142-51 à L3142-55 et R3142-29 du code du travail, pour siéger dans une instance instituée par une disposition législative ou réglementaire auprès d'une autorité de l'Etat pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leurs missions, dans la mesure où ils ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du présent article ;

13° Les personnes ayant souscrit un service civique dans les conditions prévues aux titres Ier bis et II du livre Ier du code du service national ;

14° Dans des conditions fixées par décret, les personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique au titre de l'article L. 127-1 du code de commerce ;

14° bis Les personnes mentionnées au 2 de l'article 200 octies du code général des impôts ;

15° Les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national ;

16° Les titulaires de mandats locaux ;

17° Les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés mentionnés aux articles L. 7331-2 et L. 7331-3 du code du travail, dans des conditions définies par décret.

18° Les personnes inscrites en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport pour les accidents et maladies professionnelles survenus par le fait ou à l'occasion de leur activité sportive, dans la mesure où elles ne bénéficient pas, pour ces accidents et maladies professionnelles, des dispositions du présent livre, dans des conditions fixées par décret.

19° Les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au a du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles prescrites par les maisons départementales des personnes handicapées, par les organismes assurant des services d'évaluation ou d'accompagnement des besoins des personnes handicapées mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 146-3 du même code ou par des organismes accompagnant des mises en situation ayant passé une convention avec la maison départementale des personnes handicapées leur ouvrant la possibilité de prescrire ces mises en situation, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation.

Les dispositions de l'article L. 434-1 du présent code ne sont pas applicables aux personnes mentionnées aux a, b et f du 2°.

Un décret précise, en tant que de besoin, les catégories d'élèves, d'étudiants et de stages ainsi que la nature des établissements mentionnés aux a. et b. du 2° ci-dessus.

En ce qui concerne les personnes mentionnées aux 1°, 2° et 3° du présent article et non assujetties aux assurances sociales en vertu du livre III ainsi que les personnes mentionnées au 13° et les personnes mentionnées au 15°, le décret en Conseil d'Etat et, pour les personnes mentionnées aux 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10°, 11°, 12°, 15°, 16°, 17°, 18° et 19° des décrets prévus par ceux-ci, déterminent à qui incombent les obligations de l'employeur. Pour les personnes qui ne sont pas rémunérées ou ne reçoivent pas une rémunération normale, ils fixent les bases des cotisations et celles des indemnités.

Article L412-9

Les législations relatives aux accidents du travail des salariés du régime général de sécurité sociale et des salariés relevant du régime des assurances sociales agricoles s'appliquent aux groupements d'employeurs mentionnés au chapitre VII du titre II du livre premier du code du travail et aux entreprises membres de ces groupements, suivant les règles spéciales prévues par les articles L. 412-3 à L. 412-7.

Les dispositions prévues au premier alinéa s'appliquent aux associations intermédiaires mentionnées à l'article L. 128 (1) du code du travail.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 1 : Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre 3 : Dispositions applicables aux personnes indemnisées en application de textes particuliers - Régimes distincts

Section 1 : Dispositions applicables aux assurés indemnisés en application de textes particuliers

Sous-section 1 : Accidents survenus après le 31 décembre 1946.

Article L413-1

Les victimes d'accidents survenus après le 31 décembre 1946 ou leurs ayants droit, qui ne remplissaient pas les conditions prévues par la législation applicable à la date de l'accident, mais qui auraient rempli et continuent à remplir celles qui sont requises par le présent livre ou par les dispositions nouvelles le modifiant ou le complétant, peuvent demander le bénéfice de ces dernières dispositions.

Les droits résultant des dispositions de l'alinéa précédent prennent effet, en ce qui concerne les prestations, de la date du dépôt de la demande.

Ces prestations se substituent, pour l'avenir, aux autres avantages accordés à la victime ou à ses ayants droit, pour le même accident, au titre des assurances sociales. Si l'accident a donné lieu à réparation au titre du droit commun, le montant desdites réparations, éventuellement revalorisé dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, est déduit du montant des avantages accordés à la victime ou à ses ayants droit en exécution du présent article.

Sous-section 2 : Accidents survenus ou maladies constatées avant le 1er janvier 1947.

Article L413-2

Les victimes d'accidents survenus ou de maladies constatées avant le 1er janvier 1947 dans les professions autres que les professions agricoles, qui ne remplissaient pas les conditions fixées par la législation alors en vigueur, ou leurs ayants droit, ont droit à une allocation lorsqu'ils apportent la preuve qu'ils auraient rempli et continuent à remplir l'ensemble des conditions exigées, pour obtenir une rente, par le présent livre et les dispositions nouvelles le modifiant ou le complétant.

L'allocation ne peut être attribuée à la victime que lorsque, par suite d'un ou de plusieurs accidents du travail ou maladies professionnelles, le taux d'incapacité permanente est au moins égal à un pourcentage minimum.

Article L413-3

Le titulaire de l'allocation prévue à l'article L. 413-2, dont l'infirmité résultant de l'accident ou de la maladie nécessite un appareil de prothèse ou d'orthopédie, a droit à la fourniture, à la réparation et au renouvellement de cet appareil, selon les modalités techniques prévues en application des dispositions du présent livre.

Article L413-4

La victime d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée au cours de la période du 1er juillet 1945 au 31 décembre 1946, qui, en raison des conséquences de l'accident ou de la maladie et par suite d'une aggravation survenue postérieurement à l'expiration du délai prévu à l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, est atteinte d'une incapacité permanente totale de travail l'obligeant à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, reçoit :

1°) s'il y a lieu, une allocation portant le montant annuel de sa rente à celui de la rente calculée sur la base du taux d'incapacité permanente totale ;

2°) la prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2 ;

Il incombe au demandeur d'apporter la preuve :

1°) de l'incapacité permanente totale si elle n'avait pas été constatée antérieurement en application de la loi du 9 avril 1898 ;

2°) du lien de cause à effet entre les conséquences de l'accident ou de la maladie et l'état de la victime ;

3°) du caractère obligatoire de l'assistance d'une tierce personne.

Article L413-5

Le conjoint survivant de la victime d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée avant le 1er janvier 1947, dont le décès, directement imputable aux conséquences de l'accident ou de la maladie, s'est produit postérieurement à l'expiration du délai prévu à l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, reçoit une allocation lorsqu'il apporte la preuve que le décès de la victime est directement imputable aux conséquences de l'accident ou de la maladie.

L'allocation est attribuée dans les conditions fixées par les quatre premiers alinéas de l'article L. 434-8 sur la base du salaire minimum prévu à l'article L. 434-16.

Article L413-6

Les prestations accordées par application des articles L. 413-2 à L. 413-5 sont selon les cas, à la charge, soit de l'Etat employeur, soit du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole. L'Etat ou le fonds commun sont subrogés dans les droits que la victime pourrait faire valoir contre les tiers responsables.

Si l'accident ou la maladie a donné lieu à réparation, les prestations sont réduites du montant de la rente correspondant à la réparation accordée, éventuellement revalorisé dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L413-7

Les allocations et prestations accordées par application des articles L. 413-2, L. 413-4 et L. 413-5 seront affectées du coefficient de revalorisation prévu à l'article L. 434-17.

Article L413-8

Le droit aux prestations prévues aux articles L. 413-2 à L. 413-5 est constaté par une ordonnance, non susceptible d'appel, rendue par le président du tribunal de grande instance.

Article L413-9

Les dispositions des articles L. 413-2 à L. 413-8 sont applicables, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, aux personnes de nationalité française résidant en France qui apportent la preuve qu'elles se trouvent dans la situation prévue auxdits articles à la suite d'un accident survenu ou d'une maladie constatée avant le 1er juillet 1962 et consécutif à une activité exercée en Algérie.

Les dispositions du présent article sont applicables aux personnes qui, ne possédant pas la nationalité française, entrent dans les catégories prévues par les décrets pris en vertu de l'article L. 482-5 pour l'application de l'article L. 413-10.

Sous-section 3 : Accidents survenus ou maladies constatées en Algérie avant le 1er juillet 1962.

Article L413-10

Les personnes de nationalité française résidant en France et qui, à la suite d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée avant le 1er juillet 1962, sont titulaires, en application de la législation qui était en vigueur en Algérie, d'une rente ou de l'une des allocations et bonifications mentionnées respectivement aux articles 13, 14 et 26 de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954, reçoivent une allocation.

Cette allocation s'ajoute à la majoration de ces avantages qui leur est servie en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1er juillet 1962 à due concurrence des avantages qui seraient dus par application des dispositions intervenues en France depuis le 30 juin 1962 ou à intervenir en exécution de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954 ou des articles L. 482-1 et suivants du présent code.

Elle est, selon le cas, à la charge soit de l'Etat employeur, soit du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit du fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural.

Lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ci-dessus ne reçoivent pas les avantages auxquels elles peuvent prétendre en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1er juillet 1962, de la part de l'un des fonds communs des accidents du travail non agricole et agricole survenus en Algérie, ces avantages leur sont servis, selon le cas, soit par le fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code, soit par le fonds commun prévu à l'article 1203 (1) du code rural.

Article L413-11

La condition de résidence en France prévue à l'article L. 413-10 s'apprécie à la date à laquelle les intéressés demandent le bénéfice des dispositions de la présente sous-section.

Sous-section 4 : Accidents survenus ou maladies constatées dans un pays autre que l'Algérie, alors placé sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France, avant la date d'accession de ce pays à l'indépendance

Article L413-11-1

Les personnes de nationalité française résidant en France et qui, à la suite d'un accident du travail survenu ou d'une maladie professionnelle constatée dans un pays autre que l'Algérie, alors placé sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France, avant la date d'accession de ce pays à l'indépendance, sont titulaires d'une rente servie en application de la législation qui était en vigueur dans ce pays, reçoivent une allocation.

L'allocation ne peut être attribuée à la victime que lorsque, par suite d'un ou de plusieurs accidents du travail ou maladies professionnelles, le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 10 %.

Cette allocation s'ajoute à la rente et, le cas échéant, aux majorations de la rente qui seraient prévues par la législation en vigueur dans l'Etat considéré, à due concurrence des avantages qui seraient dus, en vertu des dispositions intervenues ou à intervenir en France, si l'accident survenu ou la maladie constatée avait été régi par la législation applicable, à la date de sa survenance ou de sa première constatation médicale, sur le territoire métropolitain.

Article L413-11-2

L'allocation est à la charge du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 du présent code.

Dans la limite du montant de cette allocation, le fonds commun mentionné à l'article L. 437-1 est subrogé dans les droits du bénéficiaire à l'égard de tout débiteur de majorations de rente ou d'avantages de même nature.

Article L413-11-3

La condition de résidence en France prévue à l'article L. 413-11-1 s'apprécie à la date à laquelle les intéressés demandent le bénéfice des articles L. 413-11-1 à L. 413-11-4. L'allocation n'est plus versée dès que cette condition cesse d'être remplie.

Article L413-11-4

L'allocation est liquidée et payée par la caisse des dépôts et consignations.

Section 2 : Régimes distincts

Sous-section 1 : Pensions.

Article L413-12

Il n'est pas dérogé aux dispositions législatives et réglementaires concernant les pensions :

1°) des ouvriers, apprentis et journaliers appartenant aux ateliers de la marine ;

2°) des personnes mentionnées à l'article 2 du décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins ;

3°) des ouvriers immatriculés de manufactures d'armes dépendant du ministère chargé de la défense ;

4°) des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales.

Sous-section 2 : Collectivités, établissements et entreprises assurant directement la charge de la réparation.

Article L413-13

Sont maintenues les autorisations données antérieurement au 13 mai 1960 et en vertu desquelles des collectivités, établissements et entreprises assument directement la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Un décret détermine les conditions auxquelles est subordonné le maintien de l'autorisation et les modalités suivant lesquelles est assuré et contrôlé le service des prestations.

Sous-section 3 : Administration, services, offices et établissements publics de l'Etat autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial.

Article L413-14

Nonobstant toutes dispositions contraires les administrations, services, offices et établissements publics de l'Etat autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial versent directement à leur personnel les prestations d'accident du travail prévues au présent livre.

Il en est de même pour la SNCF, SNCF Mobilités, SNCF Réseau et en ce qui concerne les prestations en espèces pour les entreprises soumises au statut des industries électriques et gazières.

Cependant, les établissements publics de l'Etat mentionnés au premier alinéa ci-dessus et comptant un effectif d'agents inférieur à un nombre fixé par arrêté interministériel devront affilier au régime général de sécurité sociale, pour la couverture du risque accidents du travail, ceux de leurs agents qui sont soumis aux dispositions du présent livre.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 2 : Prévention

Chapitre 1er : Organisation

Section 1 : Dispositions générales.

Article L421-1

Le rôle confié aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et à la caisse nationale de l'assurance maladie dans le domaine de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles par le 2° de l'article L. 221-1 et par l'article L. 215-1 s'exerce dans le cadre de la politique de prévention définie par les autorités compétentes de l'Etat.

Article L421-2

Le conseil d'administration de chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut, pour toutes questions relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, déléguer la totalité ou une partie de ses pouvoirs aux comités techniques constitués par application de l'article L. 215-4.

Lorsque le conseil d'administration ne délègue pas ses pouvoirs aux comités techniques, il consulte obligatoirement ceux-ci sur toutes les questions mentionnées à l'alinéa précédent.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 2 : Prévention

Chapitre 2 : Attributions des organismes

Section 1 : Attributions de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article L422-1

Sur l'initiative des comités techniques nationaux, la caisse nationale de l'assurance maladie peut provoquer, par arrêté interministériel, l'extension à l'ensemble du territoire des mesures de prévention édictées par une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, soit telles qu'elles ont été adoptées par cet organisme, soit après modifications apportées par les comités techniques nationaux compétents. Elle peut également en demander l'annulation dans les mêmes formes.

L'inobservation des dispositions générales ayant fait l'objet de l'extension prévue à l'alinéa précédent est constatée tant par les inspecteurs du travail en application de l'article L. 611-1 du code du travail que par les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité mentionnés à l'article L. 243-11 du présent code.

Lorsque certaines de ces dispositions générales sont soumises à un délai d'exécution, ce délai est fixé par un accord entre la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail intéressée et le ou les directeurs régionaux du travail et de l'emploi du ressort de ladite caisse.

Les comités techniques nationaux effectuent toutes études sur les risques de la profession et les moyens de les prévenir et disposent à cet effet d'ingénieurs-conseils ayant les pouvoirs prévus à l'article L. 243-11 et astreints aux obligations prévues au deuxième alinéa de l'article L. 422-3.

Les conditions de rémunération de ces ingénieurs-conseils sont fixées par arrêté interministériel.

Section 2 : Attributions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

Article L422-2

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail recueillent et regroupent dans le cadre de leur circonscription et pour les diverses catégories d'établissements tous renseignements permettant d'établir les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles, en tenant compte de leurs causes et des circonstances dans lesquelles ils sont survenus, de leur fréquence et de leurs effets, notamment de la durée et de l'importance des incapacités qui en résultent. Ces statistiques sont centralisées par la caisse nationale de l'assurance maladie et communiquées annuellement aux autorités compétentes de l'Etat.

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail procèdent à l'étude de tous les problèmes de prévention qui se dégagent des renseignements qu'elles détiennent. Les résultats de ces études sont portés par elles à la connaissance de la caisse nationale de l'assurance maladie, des autorités compétentes de l'Etat et, sur leur demande, communiqués aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Article L422-3

Les caisses régionales peuvent faire procéder à toutes enquêtes qu'elles jugent utiles en ce qui concerne les conditions d'hygiène et de sécurité. Ces enquêtes sont effectuées par les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité prévus à l'article L. 243-11.

Avant d'entrer en fonctions, ces derniers prêtent, devant le juge d'instance, serment de ne rien révéler des secrets de fabrication et, en général, des procédés et résultats d'exploitation dont ils pourraient avoir connaissance.

Les caisses régionales communiquent aux directeurs départementaux du travail et de l'emploi de leur ressort les résultats complets des enquêtes prévues au premier alinéa ainsi que les renseignements dont elles disposent en ce qui concerne les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles inhérents aux entreprises et en particulier ceux qui concernent les matières mises en oeuvre ou produits utilisés, les résultats des analyses de prélèvements opérés par les agents de ces caisses et les mesures relatives aux ambiances de travail.

Les services de l'inspection du travail et de l'inspection médicale du travail fournissent aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail les renseignements et la documentation qu'ils possèdent et dont lesdites caisses ont besoin pour procéder à l'étude de toute question relevant de leur compétence.

Article L422-4

La caisse régionale peut :

1°) inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention, sauf recours de l'employeur à l'autorité compétente de l'Etat qui doit être saisie et doit se prononcer dans les délais qui sont fixés par voie réglementaire ;

2°) demander l'intervention de l'inspection du travail pour assurer l'application des mesures prévues par la législation et la réglementation du travail ;

3°) adopter des dispositions générales de prévention applicables à l'ensemble des employeurs qui, dans sa circonscription, exercent une même activité ou utilisent les mêmes types de machines ou de procédés.

Lesdites dispositions n'entrent en vigueur qu'après avoir été homologuées par les autorités compétentes de l'Etat.

Lorsque la caisse régionale impose une cotisation supplémentaire en vertu des dispositions de l'article L. 242-7 du présent code en dehors du cas d'infraction constatée en application de l'article L. 611-10 du code du travail, l'envoi d'une injonction préalable n'est pas exigé dans les circonstances suivantes :

1°) imposition découlant de la méconnaissance de dispositions générales étendues dans les conditions prévues à l'article L. 422-1, à moins que l'arrêté d'extension n'en dispose autrement ;

1° bis) Imposition découlant d'une répétition dans un établissement dans un délai déterminé de certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel définies par arrêté et qui ont donné lieu à une première injonction à cet établissement ;

2°) imposition d'une cotisation supplémentaire plus élevée pour récidive dans un délai déterminé ou pour persistance, après expiration du délai imparti pour y remédier, de la situation qui a donné lieu à l'imposition de la cotisation supplémentaire.

Article L422-5

Dans une limite fixée par voie réglementaire, des avances peuvent être accordées par la caisse régionale aux entreprises qui souscrivent aux conditions de la convention d'objectifs, préalablement approuvée par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et fixant un programme d'actions de prévention spécifique à leurs branches d'activité. Ces avances pourront être acquises aux entreprises dans les conditions prévues par la convention.

La caisse mentionnée au premier alinéa peut également accorder, dans des conditions définies par arrêté, des subventions aux entreprises éligibles aux programmes de prévention définis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou par la caisse mentionnée au premier alinéa après avis des comités techniques mentionnés respectivement aux articles L. 422-1 et L. 215-4. Ces programmes précisent les risques et les catégories d'entreprises éligibles ainsi que les montants financiers susceptibles d'être alloués. Une subvention ne peut être accordée à une entreprise que si le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, les délégués du personnel ont été informés des mesures de prévention préalablement à leur mise en œuvre.

Article L422-6

Des conventions soumises à l'avis préalable de l'autorité administrative sont conclues entre les organismes de sécurité sociale compétents et les services de santé au travail mentionnés à l'article L. 4622-7 du code du travail. Elles fixent les modalités des actions conjointes ou complémentaires conduites par les services de santé au travail et les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale dans le respect de leurs missions respectives. A cet effet, ces services échangent toutes informations utiles au succès de ces actions de prévention, à l'exclusion des informations personnelles relatives aux salariés, venues à la connaissance des médecins du travail.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article L431-1

Les prestations accordées aux bénéficiaires du présent livre comprennent :

1°) la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et accessoires, des frais liés à l'accident afférents aux produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et aux prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7, des frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier et, d'une façon générale, la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime. Ces prestations sont accordées qu'il y ait ou non interruption de travail ;

2°) l'indemnité journalière due à la victime pendant la période d'incapacité temporaire qui l'oblige à interrompre son travail ; lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, l'indemnité journalière n'est pas due aussi longtemps que la victime le demeure sous réserve de dispositions fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3°) les prestations autres que les rentes, dues en cas d'accident suivi de mort ;

4°) pour les victimes atteintes d'une incapacité permanente de travail, une indemnité en capital lorsque le taux de l'incapacité est inférieur à un taux déterminé, une rente au-delà et, en cas de mort, les rentes dues aux ayants droit de la victime.

La charge des prestations et indemnités prévues par le présent livre incombe aux caisses d'assurance maladie.

Article L431-2

Les droits de la victime ou de ses ayants droit aux prestations et indemnités prévues par le présent livre se prescrivent par deux ans à dater :

1°) du jour de l'accident ou de la cessation du paiement de l'indemnité journalière ;

2°) dans les cas prévus respectivement au premier alinéa de l'article L. 443-1 et à l'article L. 443-2, de la date de la première constatation par le médecin traitant de la modification survenue dans l'état de la victime, sous réserve, en cas de contestation, de l'avis émis par l'expert ou de la date de cessation du paiement de l'indemnité journalière allouée en raison de la rechute ;

3°) du jour du décès de la victime en ce qui concerne la demande en révision prévue au troisième alinéa de l'article L. 443-1 ;

4°) de la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure pour un détenu exécutant un travail pénal ou un pupille de l'éducation surveillée dans le cas où la victime n'a pas droit aux indemnités journalières.

L'action des praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs et établissements pour les prestations mentionnées à l'article L. 431-1 se prescrit par deux ans à compter soit de l'exécution de l'acte, soit de la délivrance de la fourniture, soit de la date à laquelle la victime a quitté l'établissement.

Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Les prescriptions prévues aux trois alinéas précédents sont soumises aux règles de droit commun.

Toutefois, en cas d'accident susceptible d'entraîner la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la prescription de deux ans opposable aux demandes d'indemnisation complémentaire visée aux articles L. 452-1 et suivants est interrompue par l'exercice de l'action pénale engagée pour les mêmes faits ou de l'action en reconnaissance du caractère professionnel de l'accident.

Article L431-3

Des avantages complémentaires peuvent être stipulés au profit des bénéficiaires du présent livre. Le service en est assuré par l'employeur ou par les institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du présent code.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 2 : Prestations en nature

Section 1 : Soins.

Article L432-1

Les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des prestations fixées aux 1° et 3° de l'article L. 431-1. Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 160-8.

Les dispositions du II et du III de l'article L. 160-13 sont applicables aux bénéficiaires du présent livre.

Article L432-2

La victime conserve le libre choix de son médecin, de son pharmacien et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux dont l'intervention est prescrite par le médecin.

Article L432-3

Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus par la caisse primaire d'assurance maladie aux praticiens et auxiliaires médicaux, à l'occasion des soins de toute nature, le tarif des médicaments, frais d'analyses, d'examen de laboratoire, des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et des prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 concernant les bénéficiaires du présent livre sont les tarifs applicables en matière d'assurance maladie, sous réserve des dispositions spéciales fixées par arrêté interministériel. Toutefois, les tarifs des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et délivrés en application du 1° de l'article L. 431-1 sont majorés par application d'un coefficient déterminé par arrêté dans la limite des frais réellement exposés lorsque leur prix n'est pas fixé conformément à l'article L. 165-3. Ce coefficient s'applique également à la cotation des prothèses dentaires établie dans la liste prévue à l'article L. 162-1-7.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5, sauf le cas de dépassement de tarif dans les conditions prévues à l'article L. 162-35 et dans la mesure de ce dépassement.

Article L432-4

La caisse primaire d'assurance maladie ne peut couvrir les frais d'hospitalisation, de traitement et, le cas échéant, de transport de la victime dans un établissement privé que si cet établissement a été autorisé dans les conditions prévues aux articles L. 162-21 et suivants.

Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens pour soins donnés dans les établissements mentionnés à l'alinéa précédent et les tarifs d'hospitalisation sont fixés dans les conditions prévues pour l'assurance maladie.

Les victimes d'accidents du travail peuvent être soignées dans les établissements fondés par les caisses d'assurance maladie ou dans les établissements mutualistes conformément aux dispositions applicables en matière d'assurance maladie.

Article L432-4-1

En cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée fixée par décret, la caisse fait procéder périodiquement à un examen spécial conjoint de la victime par le médecin traitant et le médecin-conseil de la sécurité sociale en vue d'établir un protocole de soins. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé de la victime et des avancées thérapeutiques, définit notamment les actes et prestations nécessités par le traitement de l'accident ou de la maladie professionnelle, compte tenu, le cas échéant, des recommandations établies par la Haute Autorité de santé. Ce protocole est signé par la victime.

Le service des prestations est subordonné au respect par la victime de l'obligation :

1° De se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin-conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert dans les conditions prévues à l'article L. 141-1 ;

2° De se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3° De s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4° D'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations énumérées ci-dessus, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Section 3 : Réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle et reclassement

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L432-6

La victime a le droit de bénéficier d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle.

Article L432-7

Le traitement prévu à l'article précédent peut comporter l'admission dans un établissement public ou dans un établissement autorisé à cet effet dans les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 432-4. Pendant toute la période du traitement spécial en vue de la réadaptation, la victime a droit à l'indemnité journalière prévue à l'article L. 433-1.

Article L432-8

Le bénéficiaire des dispositions de l'article L. 432-7 est tenu :

1°) de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits dans les conditions prévues au présent code ou par les autorités sanitaires compétentes ;

2°) de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par la caisse ;

3°) de s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4°) d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel, sans préjudice des dispositions des articles L. 432-9 et L. 432-10.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre le service de l'indemnité ou en réduire le montant, sauf recours du bénéficiaire devant les organismes du contentieux de la sécurité sociale. Dans le même cas, elle cesse d'être tenue au paiement des frais de toute nature à l'égard des praticiens ou établissements intéressés.

Article L432-9

Si, à la suite d'un accident du travail, la victime devient inapte à exercer sa profession ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a le droit, qu'elle ait ou non bénéficié de la réadaptation fonctionnelle prévue au présent code, d'être admise gratuitement dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle ou d'être placée chez un employeur pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix, sous réserve de présenter les conditions d'aptitude requises. Elle subit à cet effet un examen psychotechnique préalable.

L'indemnité journalière pour la période mentionnée à l'article L. 433-1 ou la rente est intégralement maintenue au mutilé en rééducation. Si elle est inférieure au salaire perçu avant l'accident ou, s'il est plus élevé, au salaire minimum de croissance, celle-ci reçoit, à défaut de rémunération pendant la durée de la rééducation, un supplément à la charge de la caisse, destiné à porter cette indemnité ou rente au montant dudit salaire.

La rente de la victime rééduquée ne peut être réduite du fait de l'exercice de la nouvelle profession.

Article L432-10

La victime d'un accident du travail bénéficie du reclassement professionnel dans les conditions prévues par la législation en vigueur.

Le décret en Conseil d'Etat qui fixe les modalités d'application de l'article L. 432-9 et du présent article détermine notamment la mesure dans laquelle la caisse primaire participe aux frais de rééducation et de reclassement.

Article L432-11

La période de rééducation professionnelle est validée pour le calcul des droits à pension vieillesse.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 3 : Indemnisation de l'incapacité temporaire.

Article L433-1

La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit, quel que soit le mode de paiement du salaire, est intégralement à la charge de l'employeur.

Une indemnité journalière est payée à la victime par la caisse primaire, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2.

L'indemnité journalière est servie en tout ou partie en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé postérieurement par le médecin traitant, dans les mêmes conditions. Le montant total de l'indemnité servie et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. En cas de dépassement, l'indemnité est réduite en conséquence.

L'article L. 323-3-1 est applicable aux arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.

L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa.

Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6.

Article L433-2

L'indemnité journalière est égale à une fraction du salaire journalier. Ce dernier n'entre en compte que dans la limite d'un pourcentage du maximum de rémunération annuelle retenu pour l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse en vertu de l'article L. 241-3.

Le délai à l'expiration duquel le taux de l'indemnité journalière est majoré ainsi que les modalités de détermination du salaire journalier de base sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'accident et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée déterminée, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision.

Article L433-3

L'indemnité journalière n'est cessible et saisissable que dans les limites fixées par l'article L. 145-1 du code du travail en ce qui concerne le salaire.

Article L433-4

L'indemnité journalière n'est pas due pendant la détention à moins que la victime n'ait été admise par le juge de l'application des peines à bénéficier d'une des mesures prévues à l'article 723 du code de procédure pénale.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 4 : Indemnisation de l'incapacité permanente

Section 1 : Victimes.

Article L434-1

Une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé.

Son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret dont les montants sont revalorisés au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Il est révisé lorsque le taux d'incapacité de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé.

Cette indemnité est versée lorsque la décision est devenue définitive. Elle est incessible et insaisissable.

Article L434-2

Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

La victime titulaire d'une rente, dont l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, a droit à une prestation complémentaire pour recours à tierce personne lorsqu'elle est dans l'incapacité d'accomplir seule les actes ordinaires de la vie. Le barème de cette prestation est fixé en fonction des besoins d'assistance par une tierce personne de la victime, évalués selon des modalités précisées par décret. Elle est revalorisée au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnue constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul

de la rente afférente au dernier accident. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la somme des taux d'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1. Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente.

Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article est susceptible d'ouvrir droit, si cet état relève de l'assurance invalidité, à une pension dans les conditions prévues par les articles L. 341-1 et suivants, la rente accordée à la victime en vertu du présent titre dans le cas où elle est inférieure à ladite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime est déjà titulaire d'une pension d'invalidité des assurances sociales.

Article L434-3

En dehors des cas prévus aux articles L. 434-9 et L. 434-20, la pension allouée à la victime de l'accident peut être remplacée en partie par un capital mais seulement dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat et suivant un tarif fixé par arrêté ministériel.

Le capital peut être converti en rente viagère. Les conditions de cette conversion sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La rente viagère résultant de la conversion prévue au deuxième alinéa du présent article, ainsi que la rente de réversion versée au conjoint, au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin, sont revalorisées dans les conditions prévues à l'article L. 434-17.

Article L434-4

Le rachat ou les conversions de rente prévus à l'article L. 434-3 ne peuvent intervenir qu'après la libération définitive du détenu, victime d'un accident du travail.

Article L434-5

Le rachat ou les conversions de rente prévus à l'article L. 434-3 ne peuvent intervenir qu'à compter du jour où la victime a perdu la qualité de pupille de l'éducation surveillée.

Article L434-6

Les rentes allouées par application du présent livre se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraite auxquelles peuvent avoir droit les intéressés en vertu de leur statut particulier et pour la constitution

desquelles ils ont été appelés à subir une retenue sur leur traitement ou salaire. Toutefois, ce cumul est limité dans le cas où la pension d'invalidité serait allouée en raison d'infirmités ou de maladies résultant de l'accident qui a donné lieu à l'attribution de la rente, à une fraction du salaire perçu, au moment de l'accident ou de la dernière liquidation ou révision de la rente, par le travailleur valide de la catégorie à laquelle appartenait la victime. Ce salaire est affecté du coefficient mentionné à l'article L. 434-17.

En aucun cas, l'ensemble des indemnités allouées en application du présent article ne peut être inférieur au montant de la rente qui aurait été servie en vertu de l'article L. 434-2.

Section 2 : Ayants droit.

Article L434-7

En cas d'accident suivi de mort, une pension est servie, à partir du décès, aux personnes et dans les conditions mentionnées aux articles suivants.

Article L434-8

Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, le conjoint ou le concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité a droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, à condition que le mariage ait été contracté, le pacte civil de solidarité conclu ou la situation de concubinage établie antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'ils l'aient été depuis une durée déterminée à la date du décès. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si les époux, les concubins ou les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants.

Lorsqu'il y a eu séparation de corps ou divorce, le conjoint ou l'ex-conjoint survivant n'a droit à la rente viagère que s'il a obtenu une pension alimentaire. La rente viagère, ramenée au montant de ladite pension, ne peut dépasser une fraction du salaire annuel de la victime inférieure à celle qui est prévue en l'absence de divorce ou de séparation de corps.

En cas de rupture ou de dissolution du pacte civil de solidarité, l'ex-partenaire de la victime décédée n'a droit à la rente que s'il bénéficiait d'une aide financière de cette dernière à la date du décès. Cette rente est calculée selon les modalités prévues à la seconde phrase du deuxième alinéa et sa durée de versement est limitée à celle du versement de l'aide financière.

S'il existe un nouveau conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin de la victime, la rente viagère à laquelle il a droit ne peut être inférieure à un minimum.

Le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin, condamné pour abandon de famille est déchu de tous ses droits au regard du présent livre. Il en est de même pour celui qui a été déchu totalement de l'exercice de l'autorité parentale, sauf, dans ce dernier cas, à être réintégré dans ses droits s'il vient à être restitué dans l'autorité parentale. Les droits du conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin, déchu sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L. 434-10. Il en est de même pour le partenaire d'un pacte civil de solidarité condamné pour non-paiement de l'aide financière en cas de dissolution du pacte, lorsque cette aide a été prévue par les partenaires.

Sous réserve des dispositions de l'article suivant, le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant a droit à un complément de rente égal à une fraction du salaire annuel de la victime lorsqu'il atteint un âge déterminé ou, avant cet âge, aussi longtemps qu'il est atteint d'une incapacité de travail générale. Le pourcentage minimal et la durée minimale de cette incapacité sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Article L434-9

En cas de nouveau mariage, pacte civil de solidarité ou concubinage, le conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin de la victime décédée cesse d'avoir droit à la rente. Il lui est alloué, dans ce cas, une somme égale aux arrérages de la rente calculée selon le taux en vigueur et afférents à une période déterminée, à la date du mariage, de la déclaration au greffe du tribunal d'instance du pacte civil de solidarité ou d'établissement du concubinage.

Toutefois, si le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin de la victime décédée a des enfants pour lesquels un lien de filiation est établi à l'égard de la victime décédée, il conserve le droit à la rente, dont le rachat sera différé, aussi longtemps que l'un d'eux bénéficie lui-même d'une rente d'orphelin en application de l'article L. 434-10.

En cas de séparation de corps, de divorce ou de nouveau veuvage, de rupture ou de dissolution du pacte civil de solidarité ou de cessation du concubinage, le conjoint survivant, le partenaire ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente, sous les réserves suivantes :

1°) si le rétablissement de la rente prend effet avant l'expiration de la période mentionnée au premier alinéa du présent article, cette rente est diminuée du montant de la somme déjà attribuée, en application du même alinéa, au titre de la partie restant à courir de ladite période ;

2°) S'il reçoit, en raison d'un nouveau décès, une rente, pension ou allocation, en application d'une des dispositions du présent code, de l'un des régimes prévus à l'article L. 711-1 ou à l'article L. 413-12 ou de l'une des dispositions du code rural et de la pêche maritime ou s'il reçoit, en raison d'une séparation de corps ou d'un divorce, une pension alimentaire ou une aide financière en cas de dissolution du pacte civil de solidarité, le montant de l'avantage dont il bénéficie s'impute sur celui de la rente de conjoint survivant.

Article L434-10

Les enfants dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie ont droit à une rente jusqu'à un âge limite. Cette limite d'âge peut être relevée pour les enfants qui sont placés en apprentissage, qui poursuivent leurs études, qui sont à la recherche d'une première activité professionnelle et inscrits comme demandeurs d'emploi à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail, ou qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

La rente est égale à une fraction du salaire annuel de la victime plus importante lorsque les enfants sont orphelins de père et de mère au moment du décès, ou le deviennent postérieurement, que lorsque le père ou la mère vit encore. Cette rente croît avec le nombre des enfants bénéficiaires.

Les rentes allouées sont collectives et réduites au fur et à mesure que les orphelins atteignent la limite d'âge qui leur est applicable.

S'il y a des enfants de plusieurs lits, chaque catégorie est traitée distinctement au regard des dispositions qui précèdent.

Les autres descendants de la victime et les enfants recueillis par elle, si les uns et les autres sont privés de leurs soutiens naturels et tombés de ce fait à sa charge, bénéficient des mêmes avantages que les enfants mentionnés aux précédents alinéas.

Article L434-11

La rente prévue à l'article L. 434-10, est versée au père ou à la mère, au tuteur ou à la personne ayant la garde de l'enfant.

Article L434-12

Dans le cadre de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial prévue à l'article 375-9-1 du code civil, le juge peut décider que le délégué aux prestations familiales percevra la rente prévue à l'article L. 434-10.

Les frais liés à cette mesure sont pris en charge dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 552-6.

Article L434-13

Chacun des ascendants reçoit une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, s'il rapporte la preuve :

1°) dans le cas où la victime n'avait ni conjoint ni partenaire d'un pacte civil de solidarité ni concubin, ni enfant dans les termes des dispositions qui précèdent, qu'il aurait pu obtenir de la victime une pension alimentaire ;

2°) dans le cas où la victime avait conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité, concubin ou enfant, qu'il était à la charge de la victime.

La condition prévue doit être remplie soit à la date de l'accident, soit, si cela est plus favorable, à la date du décès de la victime.

Le bénéfice des présentes dispositions ne peut être accordé à l'ascendant qui a été reconnu coupable d'abandon de famille ou qui a été déchu totalement de l'autorité parentale.

Article L434-14

Le total des rentes allouées en application de l'article L. 434-13 ne peut dépasser une fraction du salaire annuel d'après lequel elles ont été établies. Si cette quotité est dépassée, la rente de chacun des ascendants sera réduite proportionnellement.

Le total des rentes allouées en application du présent article à l'ensemble des ayants droit de la victime ne peut dépasser une fraction du salaire annuel d'après lequel elles ont été établies. Si leur total dépasse cette quotité, les rentes revenant à chaque catégorie d'ayants droit feront l'objet d'une réduction proportionnelle.

Section 3 : Dispositions communes

Sous-section 2 : Calcul de la rente.

Article L434-15

Les rentes dues aux victimes atteintes d'une incapacité permanente égale ou supérieure à un taux minimum ou, en cas de mort, à leurs ayants droit, sont calculées d'après le salaire annuel de la victime.

Le salaire servant de base au calcul de la rente est déterminé suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L434-16

La rente due aux ayants droit de la victime d'un accident mortel ou à la victime d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité égale ou supérieure à un taux minimum ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur à un minimum déterminé au 1er avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25, compte tenu des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 434-2.

Dans tous les cas où l'article L. 434-2 et les articles L. 434-7 et suivants déterminent en fonction du salaire annuel une rente individuelle ou collective, ou la limite assignée à l'ensemble des rentes dues aux ayants droit de la victime, le salaire annuel est le salaire réduit, le cas échéant, par application de l'alinéa suivant.

Lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, si son salaire annuel est supérieur au salaire minimum déterminé à l'alinéa précédent, le calcul de la rente est effectué selon une formule dégressive dont les modalités sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat.

Article L434-17

Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

Sous-section 4 : Entrée en jouissance et service de la rente.

Article L434-18

Les rentes servies en vertu du présent livre sont incessibles et insaisissables.

Article L434-19

En ce qui concerne les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, les dispositions de l'article 612 du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 relatives aux paiements des rentes demeurent applicables. Un décret fixe s'il y a lieu les dispositions transitoires.

Sous-section 5 : Travailleurs étrangers.

Article L434-20

Les travailleurs étrangers victimes d'accidents qui cessent de résider sur le territoire français reçoivent pour toute indemnité un capital égal à un multiple du montant annuel de leur rente.

Il en est de même pour les ayants droit étrangers cessant de résider sur le territoire français, sans toutefois que le capital puisse alors dépasser la valeur de la rente d'après le tarif résultant du présent code.

Les ayants droit étrangers d'un travailleur étranger ne reçoivent aucune indemnité si, au moment de l'accident, ils ne résident pas sur le territoire français.

Les dispositions des trois alinéas précédents peuvent toutefois être modifiées par traités ou par conventions internationales, dans la limite des indemnités prévues au présent livre.

Section 4 : Dispositions d'application.

Article L434-21

Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 434-4 et L. 434-5.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 5 : Frais funéraires.

Article L435-1

En cas d'accident suivi de mort, les frais funéraires sont payés par la caisse primaire d'assurance maladie dans la limite des frais exposés et sans que leur montant puisse excéder un maximum fixé par arrêté interministériel.

Article L435-2

La caisse primaire d'assurance maladie supporte les frais de transport du corps au lieu de sépulture en France demandé par la famille dans la mesure où ces frais se trouvent soit exposés en totalité, soit augmentés du fait que la victime a quitté sa résidence à la sollicitation de son employeur pour être embauchée, ou que le décès s'est produit au cours d'un déplacement pour son travail hors de sa résidence. Lesdits frais de transport sont établis dans des conditions fixées par décret.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 6 : Dispositions communes aux prestations en espèces.

Article L436-1

Tout retard injustifié apporté au paiement soit de l'indemnité journalière, soit de l'indemnité en capital, soit des rentes, ouvre aux créanciers droit à une astreinte prononcée par la juridiction compétente.

Le délai à partir duquel l'astreinte peut être prononcée ainsi que la périodicité et le taux de celle-ci sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 7 : Fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole.

Article L437-1

La réparation des accidents régis par le présent livre est supportée intégralement par les caisses primaires d'assurance maladie sans donner lieu à intervention du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole.

La couverture des charges qui incombent au fonds commun susmentionné est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie avec le concours des employeurs autres que l'Etat, assumant directement en vertu de la législation antérieure au 13 mai 1960 la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. La contribution de ces derniers est calculée et versée dans les conditions et suivant les modalités fixées par arrêté ministériel.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures, révision, rechute, accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 1er : Déclarations et formalités

Section 1 : Dispositions générales.

Article L441-1

La victime d'un accident du travail doit, dans un délai déterminé, sauf le cas de force majeure, d'impossibilité absolue ou de motifs légitimes, en informer ou en faire informer l'employeur ou l'un de ses préposés.

Article L441-2

L'employeur ou l'un de ses préposés doit déclarer tout accident dont il a eu connaissance à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime selon des modalités et dans un délai déterminés.

La déclaration à la caisse peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident.

Article L441-3

Dès qu'elle a eu connaissance d'un accident du travail par quelque moyen que ce soit, la caisse primaire d'assurance maladie est tenue de faire procéder aux constatations nécessaires.

Avis de l'accident est donné immédiatement par la caisse à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Article L441-4

La caisse régionale peut autoriser un employeur à remplacer la déclaration des accidents n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux par une inscription sur un registre ouvert à cet effet. Un décret fixe les conditions d'application de cet article et notamment les critères d'attribution de l'autorisation et de son retrait ainsi que les modalités de l'inscription.

L'employeur est tenu d'en aviser le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Ce registre est tenu à la disposition des agents de contrôle des caisses, de l'autorité compétente de l'Etat et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Lorsqu'un accident ayant fait l'objet d'une simple inscription sur un registre entraîne ultérieurement un arrêt de travail ou des soins médicaux, l'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire dont relève la victime la déclaration prévue à l'article L. 441-2 dans un délai déterminé.

Article L441-5

L'employeur est tenu de délivrer une feuille d'accident nécessaire à l'indemnisation au titre du présent livre.

Les modalités de délivrance et d'utilisation de ce document sont fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Article L441-6

Le praticien établit, en double exemplaire, un certificat indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail, si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il adresse directement un de ces certificats à la caisse primaire et remet le second à la victime.

Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical indiquant les conséquences définitives, si elles n'avaient pu être antérieurement constatées, est établi en double exemplaire. L'un des certificats est adressé par les soins du praticien à la caisse primaire, le second est remis à la victime, ainsi que toutes les pièces ayant servi à l'établissement dudit certificat.

Hormis les cas d'urgence, faute pour le praticien de se conformer aux dispositions qui précèdent, la caisse et la victime ou ses ayants droit, dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 432-3, ne sont pas tenus pour responsables des honoraires.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures, révision, rechute, accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 2 : Expertises - Contrôles - Dispositions diverses

Section 1 : Expertises.

Article L442-4

La caisse doit, si les ayants droit de la victime le sollicitent ou avec leur accord si elle l'estime elle-même utile à la manifestation de la vérité, demander au tribunal d'instance dans le ressort duquel l'accident s'est produit de faire procéder à l'autopsie dans les conditions prévues aux articles 232 et suivants du code de procédure civile. Si les ayants droit de la victime s'opposent à ce qu'il soit procédé à l'autopsie demandée par la caisse, il leur incombe d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et le décès.

Section 2 : Contrôle médical et contrôle administratif.

Article L442-5

Les articles L. 315-1 et L. 315-2 sont applicables aux accidents du travail.

Section 3 : Dispositions diverses.

Article L442-6

La caisse primaire fixe la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure d'après l'avis du médecin traitant ou, en cas de désaccord, d'après l'avis émis par l'expert.

Article L442-7

Les dispositions des articles L. 145-1 et L. 145-4 sont étendues aux soins dispensés aux victimes d'accidents du travail.

Article L442-8

Les frais de déplacement de la victime ou de ses ayants droit, qui doivent répondre à la convocation du médecin-conseil ou se soumettre à une expertise, à un contrôle ou à un traitement en vertu du présent livre, sont à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie. Ils sont payés selon le tarif prévu par l'article L. 322-5.

Les honoraires dus, dans les cas mentionnés au premier alinéa du présent article, au médecin traitant, au médecin-expert ou au médecin spécialiste, ainsi que leurs frais de déplacement sont supportés dans les mêmes conditions selon un tarif fixé par décret en Conseil d'Etat.

La juridiction compétente peut mettre à la charge de la victime ou de ses ayants droit tout ou partie des honoraires et frais correspondant aux examens et expertises prescrits à leur requête, lorsque leur contestation est reconnue manifestement abusive.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures, révision, rechute, accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 3 : Révision - Rechute.

Article L443-1

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa du présent article, toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de guérison apparente ou de consolidation de la blessure, peut donner lieu à une nouvelle fixation des réparations.

Cette nouvelle fixation peut avoir lieu à tout moment pendant un délai déterminé qui suit la date de guérison ou de consolidation de la blessure. Après l'expiration de ce délai, une nouvelle fixation des réparations allouées ne peut être faite qu'à des intervalles dont la durée ne peut être inférieure à un délai fixé dans les mêmes conditions. Ces délais subsistent même si un traitement médical est ordonné. Les intervalles peuvent être diminués de commun accord.

En cas de décès de la victime par suite des conséquences de l'accident, une nouvelle fixation des réparations allouées peut être demandée par les ayants droit de la victime, tels qu'ils sont désignés aux articles L. 434-7 et suivants.

Dans le cas où la victime avait été admise au bénéfice des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 434-2 et, à la date de son décès, avait été titulaire, pendant au moins une durée fixée par décret, de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, le décès est présumé résulter des conséquences de l'accident pour l'appréciation de la demande de l'ayant droit qui justifie avoir apporté effectivement cette assistance à la victime pendant la même durée. A défaut pour la caisse, d'apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie à l'égard de l'ensemble des ayants droit.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article en ce qui concerne, notamment, le contrôle médical auquel la victime est tenue de se soumettre et les déchéances qui peuvent lui être appliquées en cas de refus.

Article L443-2

Si l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime la nécessité d'un traitement médical, qu'il y ait ou non nouvelle incapacité temporaire, la caisse primaire d'assurance maladie statue sur la prise en charge de la rechute.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures, révision, rechute, accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 4 : Accidents survenus hors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article L444-1

Un décret en Conseil d'Etat détermine les dispositions particulières applicables aux accidents survenus hors du territoire métropolitain et des collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article L451-1

Sous réserve des dispositions prévues aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L. 454-1, L. 455-1, L. 455-1-1 et L. 455-2 aucune action en réparation des accidents et maladies mentionnés par le présent livre ne peut être exercée conformément au droit commun, par la victime ou ses ayants droit.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 2 : Faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur.

Article L452-1

Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la victime ou ses ayants droit ont droit à une indemnisation complémentaire dans les conditions définies aux articles suivants.

Article L452-2

Dans le cas mentionné à l'article précédent, la victime ou ses ayants droit reçoivent une majoration des indemnités qui leur sont dues en vertu du présent livre.

Lorsqu'une indemnité en capital a été attribuée à la victime, le montant de la majoration ne peut dépasser le montant de ladite indemnité.

Lorsqu'une rente a été attribuée à la victime, le montant de la majoration est fixé de telle sorte que la rente majorée allouée à la victime ne puisse excéder, soit la fraction du salaire annuel correspondant à la réduction de capacité, soit le montant de ce salaire dans le cas d'incapacité totale.

En cas d'accident suivi de mort, le montant de la majoration est fixé sans que le total des rentes et des majorations servies à l'ensemble des ayants droit puisse dépasser le montant du salaire annuel ; lorsque la rente d'un ayant droit cesse d'être due, le montant de la majoration correspondant à la ou aux dernières rentes servies est ajusté de façon à maintenir le montant global des rentes majorées tel qu'il avait été fixé initialement ; dans le cas où le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant recouvre son droit à la rente en application du troisième alinéa de l'article L. 434-9, la majoration dont il bénéficiait est rétablie à son profit.

Le salaire annuel et la majoration visée au troisième et au quatrième alinéa du présent article sont soumis à la revalorisation prévue pour les rentes par l'article L. 434-17.

La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret.

Article L452-3

Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article précédent, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétiques et d'agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle. Si la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente de 100 %, il lui est alloué, en outre, une indemnité forfaitaire égale au montant du salaire minimum légal en vigueur à la date de consolidation.

De même, en cas d'accident suivi de mort, les ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants ainsi que les ascendants et descendants qui n'ont pas droit à une rente en vertu desdits articles, peuvent demander à l'employeur réparation du préjudice moral devant la juridiction précitée.

La réparation de ces préjudices est versée directement aux bénéficiaires par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur.

Article L452-3-1

Quelles que soient les conditions d'information de l'employeur par la caisse au cours de la procédure d'admission du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à raison des articles L. 452-1 à L. 452-3.

Article L452-4

A défaut d'accord amiable entre la caisse et la victime ou ses ayants droit d'une part, et l'employeur d'autre part, sur l'existence de la faute inexcusable reprochée à ce dernier, ainsi que sur le montant de la majoration et des indemnités mentionnées à l'article L. 452-3, il appartient à la juridiction de la sécurité sociale compétente, saisie par la victime ou ses ayants droit ou par la caisse primaire d'assurance maladie, d'en décider. La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement.

L'auteur de la faute inexcusable est responsable sur son patrimoine personnel des conséquences de celle-ci.

L'employeur peut s'assurer contre les conséquences financières de sa propre faute inexcusable ou de la faute de ceux qu'il s'est substitués dans la direction de l'entreprise ou de l'établissement.

Des actions de prévention appropriées sont organisées dans des conditions fixées par décret, après consultation des organisations représentatives des employeurs et des salariés.

Lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable d'un employeur garanti par une assurance à ce titre, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut imposer à l'employeur la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 242-7. Le produit en est affecté au fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le paiement du capital prévu à l'article L. 452-2 est garanti par privilège dans les conditions et au rang fixés par les articles L. 243-4 et L. 243-5.

Dans le cas où un élève ou un étudiant mentionné aux a ou b du 2° de l'article L. 412-8 du présent code, au 1° du II de l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime ou au 1° de l'article L. 761-14 du même code, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenu par le fait ou à l'occasion d'une période de formation en milieu professionnel ou d'un stage, engage une action en responsabilité fondée sur la faute inexcusable de l'employeur contre l'établissement d'enseignement, celui-ci est tenu d'appeler en la cause l'organisme d'accueil de la période de formation en milieu professionnel ou du stage pour qu'il soit statué dans la même instance sur la demande du stagiaire et sur la garantie des conséquences financières d'une reconnaissance éventuelle de faute inexcusable.

Article L452-5

Si l'accident est dû à la faute intentionnelle de l'employeur ou de l'un de ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités mentionnées par le présent livre. Elles sont admises de plein droit à intenter contre l'auteur de l'accident une action en remboursement des sommes payées par elles.

Si des réparations supplémentaires mises à la charge de l'auteur responsable de l'accident, en application du présent article, sont accordées sous forme de rentes, celles-ci doivent être constituées par le débiteur dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties à la caisse nationale de prévoyance suivant le tarif résultant du présent code.

Dans le cas prévu au présent article, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut imposer à l'employeur la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 242-7.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 3 : Faute inexcusable ou intentionnelle de la victime.

Article L453-1

Ne donne lieu à aucune prestation ou indemnité, en vertu du présent livre, l'accident résultant de la faute intentionnelle de la victime. Celle-ci peut éventuellement prétendre à la prise en charge de ses frais de santé prévue au titre VI du livre Ier, sous réserve des dispositions de l'article L. 375-1.

Lors de la fixation de la rente, le conseil d'administration de la caisse ou le comité ayant reçu délégation à cet effet peut, s'il estime que l'accident est dû à une faute inexcusable de la victime, diminuer la rente prévue au titre III du présent livre, sauf recours du bénéficiaire devant la juridiction compétente.

Lorsque l'accident a été causé intentionnellement par un des ayants droit de la victime mentionnés aux articles L. 434-7 et suivants, celui-ci est déchu de tous ses droits au regard du présent livre. Ces droits sont transférés sur la tête des enfants et descendants mentionnés à l'article L. 434-10, ou, à défaut, sur la tête des autres ayants droit.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 4 : Faute d'un tiers.

Article L454-1

Si la lésion dont est atteint l'assuré social est imputable à une personne autre que l'employeur ou ses préposés, la victime ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses primaires d'assurance maladie sont tenues de servir à la victime ou à ses ayants droit les prestations et indemnités prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident, dans les conditions ci-après ; ce recours est également ouvert à l'Etat et aux institutions privées, lorsque la victime est pupille de l'éducation surveillée, dans les conditions définies par décret.

Si la responsabilité du tiers auteur de l'accident est entière ou si elle est partagée avec la victime, la caisse est admise à poursuivre le remboursement des prestations mises à sa charge à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Hors le cas où la caisse est appelée en déclaration de jugement commun conformément aux dispositions ci-après, la demande de la caisse vis-à-vis du tiers responsable s'exerce en priorité à titre amiable.

La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret.

Si la responsabilité du tiers est partagée avec l'employeur, la caisse ne peut poursuivre un remboursement que dans la mesure où les indemnités dues par elle en vertu du présent livre dépassent celles qui auraient été mises à la charge de l'employeur en vertu du droit commun.

Dans le cas où les rentes prévues au 4° de l'article L. 431-1 sont inférieures à la réparation de même nature due à la victime ou à ses ayants droit par application des dispositions du présent article, les rentes supplémentaires peuvent être allouées sous forme de capital. Celles qui ne seraient pas allouées en capital doivent, dans les deux mois de la décision définitive ou de l'accord des parties, être constituées par le débiteur à la caisse nationale de prévoyance suivant le tarif résultant du présent code.

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit du fonds national des accidents du travail de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 910 euros et d'un montant minimum de 91 euros. A compter du 1er janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée.

Cette indemnité est établie et recouvrée par la caisse selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues au chapitre 3 du titre III et aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Lorsque l'assuré victime de l'accident est affilié au régime agricole, l'indemnité est recouvrée selon les règles et sous les garanties et sanctions prévues aux chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre Ier ainsi qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime.

Article L454-2

La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa du présent article ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 5 : Dispositions diverses.

Article L455-1

Si l'accident dont le travailleur est victime dans les conditions prévues à l'article L. 411-2 est causé par l'employeur ou ses préposés ou, plus généralement, par une personne appartenant à la même entreprise que la victime, il est fait application, à l'encontre de l'auteur responsable de l'accident, des dispositions des articles L. 454-1 et L. 455-2.

Article L455-1-1

La victime, ou ses ayants droit et la caisse peuvent se prévaloir des dispositions des articles L. 454-1 et L. 455-2 lorsque l'accident défini à l'article L. 411-1 survient sur une voie ouverte à la circulation publique et implique un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur, un préposé ou une personne appartenant à la même entreprise que la victime.

La réparation complémentaire prévue au premier alinéa est régie par les dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation.

Article L455-2

Si des poursuites pénales sont exercées dans les cas prévus aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L. 453-1 et L. 454-1, les pièces de procédure sont communiquées à la victime ou à ses ayants-droit. Le même droit appartient à l'employeur et à la caisse.

Dans le cas prévu aux articles L. 452-1 à L. 452-4, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail doit communiquer à la victime ou à ses ayants droit, sur leur demande, les résultats complets de l'enquête ainsi que tous les renseignements dont elle dispose.

Dans les cas prévus aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L. 453-1 et L. 454-1, la victimes ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut, la nullité du

jugement sur le fond peut être demandée pendant deux ans à compter de la date à laquelle le jugement est devenu définitif soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y ont intérêt.

La victime est admise à faire valoir les droits résultant pour elle de l'action en indemnité formée conformément aux articles L. 452-5 et L. 454-1 par priorité sur les caisses en ce qui concerne son action en remboursement.

Article L455-3

La victime d'un accident du travail, qui le demande, a droit d'obtenir communication du rapport d'enquête que peut établir la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur ledit accident, sans que des motifs tirés du secret de la vie privée ou du secret en matière industrielle et commerciale, portant exclusivement sur des faits qui lui sont personnels, puissent lui être opposés.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 6 : Dispositions concernant les maladies professionnelles.

Article L461-1

Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre. En ce qui concerne les maladies professionnelles, la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle est assimilée à la date de l'accident.

Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.

Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.

Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse primaire reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. La composition, le fonctionnement et le ressort territorial de ce comité ainsi que les éléments du dossier au vu duquel il rend son avis sont fixés par décret. L'avis du comité s'impose à la caisse dans les mêmes conditions que celles fixées à l'article L. 315-1.

Les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle, dans les conditions prévues aux quatrième et avant-dernier alinéas du présent article. Les modalités spécifiques de traitement de ces dossiers sont fixées par voie réglementaire.

Article L461-2

Des tableaux annexés aux décrets énumèrent les manifestations morbides d'intoxications aiguës ou chroniques présentées par les travailleurs exposés d'une façon habituelle à l'action des agents nocifs mentionnés par lesdits tableaux, qui donnent, à titre indicatif, la liste des principaux travaux comportant la manipulation ou l'emploi de ces agents. Ces manifestations morbides sont présumées d'origine professionnelle.

Des tableaux spéciaux énumèrent les infections microbiennes mentionnées qui sont présumées avoir une origine professionnelle lorsque les victimes ont été occupées d'une façon habituelle aux travaux limitativement énumérés par ces tableaux.

D'autres tableaux peuvent déterminer des affections présumées résulter d'une ambiance ou d'attitudes particulières nécessitées par l'exécution des travaux limitativement énumérés.

Les tableaux mentionnés aux alinéas précédents peuvent être révisés et complétés par des décrets, après avis du Conseil d'orientation des conditions de travail. Chaque décret fixe la date à partir de laquelle sont exécutées les modifications et adjonctions qu'il apporte aux tableaux. Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 461-1, ces modifications et adjonctions sont applicables aux victimes dont la maladie a fait l'objet d'un certificat médical indiquant un lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle entre la date prévue à l'article L. 412-1 et la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau, sans que les prestations, indemnités et rentes ainsi accordées puissent avoir effet antérieur à cette entrée en vigueur. Ces prestations, indemnités et rentes se substituent pour l'avenir aux autres avantages accordés à la victime pour la même maladie au titre des assurances sociales. En outre, il sera tenu compte, s'il y a lieu, du montant éventuellement revalorisé, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, des réparations accordées au titre du droit commun.

A partir de la date à laquelle un travailleur a cessé d'être exposé à l'action des agents nocifs inscrits aux tableaux susmentionnés, la caisse primaire et la caisse régionale ne prennent en charge, en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 461-1, les maladies correspondant à ces travaux que si la première constatation médicale intervient pendant le délai fixé à chaque tableau.

Article L461-3

Les dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 461-2 dans la mesure où elles dérogent aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 461-1, sont applicables exclusivement aux maladies faisant l'objet de tableaux publiés postérieurement au 30 novembre 1955.

Les prestations, indemnités et rentes éventuellement allouées se substituent aux avantages accordés à la victime pour la même maladie au titre des assurances sociales. En outre, il est tenu compte, s'il y a lieu, des réparations accordées au titre du droit commun.

Article L461-4

Tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles mentionnées à l'article L. 461-2 est tenu, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, d'en faire la déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Le défaut de déclaration peut être constaté par l'inspecteur du travail ou par le fonctionnaire susmentionnés, qui doit en informer la caisse primaire.

Article L461-5

Toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée en vertu du présent livre doit être, par les soins de la victime, déclarée à la caisse primaire dans un délai déterminé, même si elle a déjà été portée à la connaissance de la caisse en application de l'article L. 321-2.

Dans le cas prévu au quatrième alinéa de l'article L. 461-2, il est fixé un délai plus long courant à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau annexé au décret.

Le praticien établit en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables. Deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration mentionnée au premier alinéa dont la forme a été déterminée par arrêté ministériel.

Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont transmis immédiatement par la caisse primaire à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise ou, s'il y a lieu, au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Sans préjudice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 461-1, le délai de prescription prévu à l'article L. 431-2 court à compter de la cessation du travail.

Article L461-6

En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du Conseil d'orientation des conditions de travail.

Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel.

La déclaration prévue aux deux alinéas précédents est établie et transmise selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Article L461-7

Des décrets peuvent prévoir des dispositions spéciales d'application du présent livre à certaines maladies professionnelles.

Article L461-8

Une indemnité spéciale est accordée au travailleur atteint :

1°) de pneumoconioses consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice libre ;

2°) d'affections professionnelles consécutives à l'inhalation des poussières d'amiante ;

3°) de sidérose professionnelle,

lorsque le changement d'emploi est nécessaire pour prévenir une aggravation de son état et que les conditions exigées ne sont pas remplies par le salarié pour bénéficier d'une rente.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 7 : Sanctions.

Article L471-1

Les contraventions aux dispositions de l'article L. 441-2, de l'article L. 441-4 et du premier alinéa de l'article L. 441-5 peuvent être constatées par les inspecteurs du travail.

La caisse primaire d'assurance maladie recouvre auprès des employeurs ou de leurs préposés n'ayant pas satisfait à ces dispositions l'indu correspondant à la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident et peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 114-17-1.

En outre, la caisse recouvre auprès de l'employeur de toute personne étrangère travaillant ou ayant travaillé pour le compte de celui-ci, sans satisfaire aux conditions de régularité de séjour et de travail en France définies par le décret mentionné à l'article L. 115-6, l'indu correspondant à la totalité des dépenses qu'elle supporte pour cette personne au titre du présent livre. Il en est de même lorsque la victime se trouvait en situation de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail. Si, à l'occasion des faits mentionnés au présent alinéa, il est constaté l'un des faits prévus au premier alinéa du présent article, la caisse peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 114-17-1, sans préjudice d'autres sanctions, le cas échéant.

Article L471-2

Est puni d'une amende de 12 000 euros :

1°) tout intermédiaire convaincu d'avoir offert les services spécifiés à l'article L. 482-4 ;

2°) tout employeur ayant opéré, sur le salaire de son personnel, des retenues pour l'assurance accidents.

Article L471-4

Est puni d'une amende de 12 000 euros et d'un emprisonnement de trois mois quiconque, par menaces, don, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques, aura attiré ou tenté d'attirer les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie et aura ainsi porté atteinte à la liberté de la victime de choisir son médecin et son pharmacien.

Est puni des mêmes peines, sans préjudice de celles prévues à l'article 441-7 du code pénal, tout médecin ayant, dans les certificats délivrés pour l'application du présent livre, sciemment dénaturé les conséquences de l'accident ou de la maladie.

Est puni des mêmes peines, sans préjudice de celles prévues aux articles 434-13 à 434-15 du code pénal, quiconque, par promesses ou menaces, aura influencé ou tenté d'influencer une personne témoin d'un accident du travail à l'effet d'altérer la vérité.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 8 : Dispositions communes avec d'autres branches - Dispositions diverses et d'application

Chapitre 1er : Dispositions communes aux assurances sociales et aux accidents du travail

Section 1 : Prise en charge des frais de préorientation, d'éducation ou de rééducation professionnelle des travailleurs handicapés et des victimes d'accident du travail.

Article L481-1

Les projets de création d'établissements de rééducation professionnelle ou de participation à la gestion de tels établissements créés par des oeuvres ou institutions, établis par les caisses de sécurité sociale, sont soumis à l'autorisation de l'Etat.

Article L481-2

Sans préjudice des sanctions pénales encourues, le bénéficiaire d'une rééducation professionnelle est tenu au remboursement des sommes qu'il aurait indûment perçues à la suite de toute déclaration inexacte ou incomplète.

Partie législative

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 8 : Dispositions communes avec d'autres branches - Dispositions diverses et d'application

Chapitre 2 : Dispositions diverses et d'application.

Article L482-1

Pour tous les accidents du travail auxquels les articles L. 434-7 et suivants ne s'appliquent pas, la limite d'âge prévue pour le paiement des rentes d'orphelin par la loi du 9 avril 1898 modifiée et dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle par le code local des assurances sociales du 19 juillet 1911, est portée à un âge déterminé, si l'enfant est placé en apprentissage et à un âge plus élevé, s'il poursuit des études ou s'il est, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

Article L482-2

Les prestations accordées en application des dispositions de l'article L. 482-1 seront versées suivant les cas, par les fonds de majoration des rentes d'accidents du travail gérés par la caisse des dépôts et consignations ou par les organismes d'assurance contre les accidents du travail des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article L482-3

Un arrêté interministériel fixe les conditions d'application des articles L. 482-1 et L. 482-2.

Article L482-4

Toute convention contraire au présent livre est nulle de plein droit.

Sont nulles de plein droit et de nul effet les obligations contractées pour rémunération de leurs services envers les intermédiaires qui se chargent, moyennant émoluments convenus à l'avance, d'assurer aux victimes d'accidents ou à leurs ayants droit le bénéfice des prestations et d'indemnités prévues par le présent livre.

Article L482-5

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du livre IV. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 1er : Liste des prestations.

Article L511-1

Les prestations familiales comprennent :

- 1°) la prestation d'accueil du jeune enfant ;
- 2°) les allocations familiales ;
- 3°) le complément familial ;
- 4°) l'allocation de logement ;
- 5°) l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- 6°) l'allocation de soutien familial ;
- 7°) l'allocation de rentrée scolaire ;
- 8°) (Abrogé) ;
- 9°) l'allocation journalière de présence parentale.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 2 : Champ d'application.

Article L512-1

Toute personne française ou étrangère résidant en France, au sens de l'article L. 111-2-3, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants résidant en France, bénéficie pour ces enfants des prestations familiales dans les conditions prévues par le présent livre sous réserve que ce ou ces derniers ne soient pas bénéficiaires, à titre personnel, d'une ou plusieurs prestations familiales, de l'allocation de logement sociale ou de l'aide personnalisée au logement.

Le précédent alinéa ne s'applique pas aux travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire ainsi qu'aux personnes à leur charge, sous réserve de stipulation particulière de cette convention.

Article L512-2

Bénéficiaire de plein droit des prestations familiales dans les conditions fixées par le présent livre les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et de la Confédération suisse qui remplissent les conditions exigées pour résider régulièrement en France, la résidence étant appréciée dans les conditions fixées pour l'application de l'article L. 512-1.

Bénéficiaire également de plein droit des prestations familiales dans les conditions fixées par le présent livre les étrangers non ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, titulaires d'un titre exigé d'eux en vertu soit de dispositions législatives ou réglementaires, soit de traités ou accords internationaux pour résider régulièrement en France.

Ces étrangers bénéficient des prestations familiales sous réserve qu'il soit justifié, pour les enfants qui sont à leur charge et au titre desquels les prestations familiales sont demandées, de l'une des situations suivantes :

- leur naissance en France ;
- leur entrée régulière dans le cadre de la procédure de regroupement familial visée au livre IV du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- leur qualité de membre de famille de réfugié ;

-leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée au 10° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

-leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée à l'article L. 313-13 du même code ;

-leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de l'une des cartes de séjour mentionnées à l'article L. 313-8 du même code ;

-leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée au 7° de l'article L. 313-11 du même code à la condition que le ou les enfants en cause soient entrés en France au plus tard en même temps que l'un de leurs parents titulaires de la carte susmentionnée.

Un décret fixe la liste des titres et justifications attestant de la régularité de l'entrée et du séjour des bénéficiaires étrangers. Il détermine également la nature des documents exigés pour justifier que les enfants que ces étrangers ont à charge et au titre desquels des prestations familiales sont demandées remplissent les conditions prévues aux alinéas précédents.

Article L512-3

Sous réserve des règles particulières à chaque prestation, ouvre droit aux prestations familiales :

1°) tout enfant jusqu'à la fin de l'obligation scolaire ;

2°) après la fin de l'obligation scolaire, et jusqu'à un âge limite, tout enfant dont la rémunération éventuelle n'excède pas un plafond.

Toutefois, pour l'attribution du complément familial et de l'allocation de logement mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 511-1 et à l'article L. 755-21, l'âge limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article.

Article L512-4

Les prestations familiales sont versées, pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, à la condition que :

1° Le ou les enfants soient adoptés par décision de la juridiction française ou soient confiés en vue d'adoption par le service de l'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption ;

2° Le ou les enfants soient confiés en vue d'adoption ou adoptés par décision de l'autorité étrangère compétente et autorisés à entrer à ce titre sur le territoire français et que le postulant à l'adoption ou l'adoptant soit titulaire de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2, L. 225-3 et L. 225-17 du code de l'action sociale et des familles.

Article L512-5

Les prestations familiales du régime français ne peuvent se cumuler avec les prestations pour enfants versées en application des traités, conventions et accords internationaux auxquels la France est partie ou en application d'une législation ou d'une réglementation étrangère, ainsi qu'avec les prestations pour enfants versées par une organisation internationale.

Lorsque des prestations familiales ou des avantages familiaux sont versés, en application des traités, conventions et accords internationaux auxquels la France est partie ou en application d'une législation étrangère de sécurité sociale, à une famille résidant en France et que leurs montants sont inférieurs à celui des prestations familiales du régime français de sécurité sociale, seules des allocations différentielles peuvent être éventuellement versées. Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article L512-6

Lorsqu'un des membres du couple réside dans un département ou un territoire d'outre-mer, le droit aux prestations familiales du régime métropolitain est ouvert du chef du conjoint ou concubin résidant en France métropolitaine avec les enfants.

Toutefois, les prestations familiales du régime métropolitain ne peuvent se cumuler avec les prestations familiales versées en application d'un régime d'outre-mer. Seule une allocation différentielle est alors éventuellement versée.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 3 : Règles d'allocation et d'attribution des prestations.

Article L513-1

Les prestations familiales sont, sous réserve des règles particulières à chaque prestation, dues à la personne physique qui assume la charge effective et permanente de l'enfant.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 1er : Allocations familiales.

Article L521-1

Les allocations familiales sont dues à partir du deuxième enfant à charge.

Une allocation forfaitaire par enfant d'un montant fixé par décret est versée pendant un an à la personne ou au ménage qui assume la charge d'un nombre minimum d'enfants également fixé par décret lorsque l'un ou plusieurs des enfants qui ouvraient droit aux allocations familiales atteignent l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Cette allocation est versée à la condition que le ou les enfants répondent aux conditions autres que celles de l'âge pour l'ouverture du droit aux allocations familiales.

Le montant des allocations mentionnées aux deux premiers alinéas du présent article, ainsi que celui des majorations mentionnées à l'article L. 521-3 varient en fonction des ressources du ménage ou de la personne qui a la charge des enfants, selon un barème défini par décret.

Le montant des allocations familiales varie en fonction du nombre d'enfants à charge.

Les niveaux des plafonds de ressources, qui varient en fonction du nombre d'enfants à charge, sont révisés conformément à l'évolution annuelle de l'indice des prix à la consommation, hors tabac.

Un complément dégressif est versé lorsque les ressources du bénéficiaire dépassent l'un des plafonds, dans la limite de montants définis par décret. Les modalités de calcul de ces montants et celles du complément dégressif sont définies par décret.

Article L521-2

Les allocations sont versées à la personne qui assume, dans quelques conditions que ce soit, la charge effective et permanente de l'enfant.

En cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents telle que prévue à l'article 373-2-9 du code civil, mise en oeuvre de manière effective, les parents désignent l'allocataire. Cependant, la charge de l'enfant pour le calcul des allocations familiales est partagée par moitié entre les deux parents soit sur demande conjointe des parents, soit si les parents sont en désaccord sur la désignation de l'allocataire. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent alinéa.

Lorsque la personne qui assume la charge effective et permanente de l'enfant ne remplit pas les conditions prévues au titre I du présent livre pour l'ouverture du droit aux allocations familiales, ce droit s'ouvre du chef du père ou, à défaut, du chef de la mère.

Lorsqu'un enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance, les allocations familiales continuent d'être évaluées en tenant compte à la fois des enfants présents au foyer et du ou des enfants confiés au service de l'aide sociale à l'enfance. La part des allocations familiales dues à la famille pour cet enfant est versée à ce service. Toutefois, le juge peut décider, d'office ou sur saisine du président du conseil général, à la suite d'une mesure prise en application des articles 375-3 et 375-5 du code civil ou des articles 15, 16, 16 bis et 28 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, de maintenir le versement des allocations à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, notamment dans les cas énumérés ci-dessous :

- a) retrait total de l'autorité parentale des parents ou de l'un d'eux ;
- b) indignité des parents ou de l'un d'eux ;
- c) divorce, séparation de corps ou de fait des parents ;
- d) enfants confiés à un service public, à une institution privée, à un particulier.

Article L521-3

Chacun des enfants à charge, à l'exception du plus âgé, ouvre droit à partir d'un âge minimum à une majoration des allocations familiales.

Toutefois, les personnes ayant un nombre déterminé d'enfants à charge bénéficient de ladite majoration pour chaque enfant à charge à partir de l'âge mentionné au premier alinéa.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 2 : Complément familial.

Article L522-1

Le complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources n'excèdent pas un plafond et qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants ayant tous un âge supérieur à l'âge limite visé au premier alinéa de l'article L. 531-1.

Article L522-2

Le plafond de ressources déterminant le droit au complément familial varie selon le rang et le nombre des enfants à charge. Il est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule.

Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

Un complément différentiel est dû lorsque les ressources excèdent le plafond d'un montant inférieur à une somme déterminée.

Article L522-3

Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 522-2. Ce plafond est majoré lorsque la charge des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel, soit par une personne seule. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 3 : Allocation de soutien familial.

Article L523-1

Ouvrent droit à l'allocation de soutien familial :

1°) tout enfant orphelin de père ou de mère, ou de père et de mère ;

2°) tout enfant dont la filiation n'est pas légalement établie à l'égard de l'un ou l'autre de ses parents ou à l'égard de l'un et de l'autre ;

3°) tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, se soustraient ou se trouvent, s'ils sont considérés comme tels, au regard de conditions fixées par décret, comme étant hors d'état de faire face à leurs obligations d'entretien ou au versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice ;

4°) Tout enfant dont le père ou la mère, ou les père et mère, s'acquittent intégralement de leur obligation d'entretien ou du versement d'une pension alimentaire mise à leur charge par décision de justice, lorsque le montant correspondant est inférieur à celui de l'allocation de soutien familial. Dans ce cas, une allocation de soutien familial différentielle est versée. Les modalités d'application du présent 4°, notamment les conditions dans lesquelles, en l'absence de décision de justice préalable, le montant de l'obligation d'entretien pris en compte pour le calcul de l'allocation de soutien familial différentielle est retenu, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'allocation de soutien familial est ouverte de plein droit aux bénéficiaires du revenu de solidarité active visés à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles et qui assument la charge effective et permanente d'un ou plusieurs enfants remplissant l'une des conditions précédemment mentionnées.

Article L523-2

Peut bénéficier de l'allocation le père, la mère ou la personne physique qui assume la charge effective et permanente de l'enfant orphelin ou de l'enfant assimilé à un orphelin au sens de l'article L. 523-1.

Lorsque le père ou la mère titulaire du droit à l'allocation de soutien familial se marie, conclut un pacte civil de solidarité ou vit en concubinage, cette prestation cesse d'être due.

Article L523-3

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 584-1 fixe les taux respectifs de l'allocation dans les deux cas suivants :

1°) l'enfant est orphelin de père et de mère ou se trouve dans une situation qui y est assimilée, au sens de l'article L. 523-1 ;

2°) l'enfant est orphelin de père ou de mère ou se trouve dans une situation qui y est assimilée, au sens de l'article L. 523-1.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 4 : Allocation de parent isolé.

Article L524-8

Tout paiement indu d'allocation ou de la prime forfaitaire mentionnée à l'article L. 524-5 peut, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par retenue sur le montant des allocations ou de primes forfaitaires à échoir ou par remboursement de la dette selon les modalités fixées aux premier et troisième alinéas de l'article L. 262-41 du code de l'action sociale et des familles ainsi qu'au 2° de l'article L. 262-22 du même code.

La créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 3 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Chapitre 1er : Dispositions générales relatives à la prestation d'accueil du jeune enfant

Article L531-1

Ouvrent droit à la prestation d'accueil du jeune enfant l'enfant à naître et l'enfant né dont l'âge est inférieur à un âge limite.

Cette prestation comprend :

- 1° Une prime à la naissance ou à l'adoption, versée dans les conditions définies à l'article L. 531-2 ;
- 2° Une allocation de base, versée dans les conditions définies à l'article L. 531-3, visant à compenser le coût lié à l'entretien de l'enfant ;
- 3° Une prestation partagée d'éducation de l'enfant versée, dans les conditions définies à l'article L. 531-4, au membre du couple qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle ou de travailler à temps partiel pour s'occuper d'un enfant ;
- 4° Un complément de libre choix du mode de garde, versé, dans les conditions définies aux articles L. 531-5 à L. 531-9, pour compenser le coût de la garde d'un enfant.

La personne ou le ménage qui ne répond pas à la condition de ressources pour percevoir la prime à la naissance ou à l'adoption mentionnée au 1° et l'allocation de base mentionnée au 2° peut toutefois percevoir la prestation et le complément prévus aux 3° et 4°.

Le bénéfice de la prestation mentionnée au 3° peut être cumulé avec le complément mentionné au 4°.

Article L531-2

La prime à la naissance ou à l'adoption est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, pour chaque enfant à naître, avant la naissance de l'enfant, ou pour chaque enfant adopté ou accueilli en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer. Dans ce second cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption.

La date de versement de cette prime est fixée par décret.

Le plafond de ressources varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître. Il est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule.

Le montant du plafond et celui de la majoration sont fixés par décret et revalorisés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

Article L531-3

L'allocation de base est versée à taux partiel aux ménages ou aux personnes dont les ressources ne dépassent pas le plafond défini à l'article L. 531-2. Elle est versée à taux plein lorsque les ressources ne dépassent pas un plafond, défini par décret, qui varie selon le nombre d'enfants nés ou à naître et qui est majoré lorsque la charge du ou des enfants est assumée soit par un couple dont chaque membre dispose d'un revenu professionnel minimal, soit par une personne seule. Ce plafond est revalorisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

L'allocation est versée pour chaque enfant adopté ou confié en vue d'adoption. Dans ce cas, elle est versée même si l'enfant a un âge supérieur à l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1, mais inférieur à l'âge limite mentionné au 2° de l'article L. 512-3. La durée de versement de l'allocation est égale à celle définie au premier alinéa du présent article.

Plusieurs allocations de base ne peuvent se cumuler que pour les enfants issus de naissances multiples ou en cas d'adoptions multiples simultanées.

Article L531-4

I.-1. La prestation partagée d'éducation de l'enfant est versée à taux plein à la personne qui choisit de ne plus exercer d'activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant ou qui suit une formation professionnelle non rémunérée.

Les conditions d'assimilation d'un mandat d'élu à une activité professionnelle au sens de l'alinéa précédent sont définies par décret.

2. La prestation est attribuée à taux partiel à la personne qui exerce une activité ou poursuit une formation professionnelle rémunérée, à temps partiel. Son montant est fonction de la quotité de l'activité exercée ou de la formation suivie. Les quotités minimale et maximale de l'activité ou de la formation sont définies par décret.

La prestation à taux partiel est attribuée au travailleur non salarié en fonction de la quotité d'activité déclarée sur l'honneur, dès lors que cette activité ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel excédant des montants définis par décret. La prestation à taux partiel peut également être attribuée lorsque la rémunération ou le revenu perçus sont supérieurs à ces montants, dès lors qu'ils sont proportionnels à la réduction de l'activité déclarée.

Les modalités selon lesquelles cette prestation à taux partiel est attribuée aux élus locaux sont adaptées par décret.

Cette prestation à taux partiel est attribuée au même taux pendant une durée minimale déterminée par décret. Il ne peut y avoir révision de ce taux au cours de cette durée qu'en cas de cessation de l'activité ou de la formation.

3. La prestation partagée d'éducation de l'enfant est versée pendant une durée, fixée par décret, en fonction du rang de l'enfant. A partir du deuxième enfant, cette durée comprend les périodes postérieures à l'accouchement donnant lieu à indemnisation par les assurances maternité des régimes obligatoires de sécurité sociale ou à maintien de traitement en application de statuts ainsi que les périodes indemnisées au titre du congé d'adoption.

Lorsque les deux membres du couple ont tous deux droit à la prestation, assument conjointement la charge de l'enfant au titre duquel la prestation partagée d'éducation de l'enfant est versée et que chacun d'entre eux fait valoir, simultanément ou successivement, son droit à la prestation, la durée totale de versement peut être prolongée jusqu'à ce que l'enfant atteigne un âge limite en fonction de son rang. Le droit à la prestation partagée d'éducation de l'enfant est ouvert jusqu'à ce que l'enfant ait atteint cet âge limite. L'âge limite de l'enfant, le montant de la prestation et les conditions dans lesquelles la durée de la prestation peut être prolongée sont fixés par décret.

La durée étendue de versement mentionnée au deuxième alinéa du présent 3 bénéficie également à la personne qui assume seule la charge de l'enfant. Par dérogation à l'article L. 552-1, cette durée étendue reste acquise à la personne qui, à l'issue de la durée mentionnée au premier alinéa du présent 3, conclut un mariage ou un pacte civil de solidarité ou débute une vie en concubinage.

Par dérogation à l'âge limite mentionné à l'article L. 531-1 et au deuxième alinéa du présent 3, le versement de la prestation partagée d'éducation de l'enfant est prolongé, pour le couple qui assume la charge de deux enfants et plus, jusqu'au mois de septembre suivant la date anniversaire de l'enfant lorsque les ressources du couple n'excèdent pas le plafond prévu à l'article L. 522-1 et tant qu'une demande dans un établissement ou service d'accueil d'enfants de moins de six ans ou dans un établissement scolaire est restée insatisfaite et que l'un des deux membres du couple exerce une activité professionnelle. Cette dernière condition ne s'applique pas à la personne qui assume seule la charge de l'enfant.

II. (abrogé)

III.-L'ouverture du droit est subordonnée à l'exercice antérieur d'une activité professionnelle suffisante pour ouvrir des droits à pension de retraite dans un régime de base.

Cette activité doit avoir été exercée pendant une durée minimale au cours d'une période de référence précédant soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant pour lequel l'allocation est demandée, soit la demande si elle est postérieure lorsque le bénéficiaire compte plus d'un enfant à charge. Cette durée varie selon le nombre d'enfants à charge.

Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle sont définies par décret en fonction du rang de l'enfant.

Les deux membres d'un couple ne peuvent cumuler le bénéfice de deux prestations partagées d'éducation de l'enfant à taux plein. Lorsque les deux membres du couple exercent une activité professionnelle ou poursuivent une formation professionnelle rémunérée à temps partiel, une prestation à taux partiel peut être attribuée à chacun d'entre eux dans les conditions définies au 2 du I sans que, toutefois, le montant cumulé de ces deux prestations à taux partiel puisse être supérieur à celui de la prestation à taux plein. Lorsque le montant cumulé des deux prestations à taux partiel est inférieur à celui de la prestation à taux plein, le montant de cette dernière prestation est versé.

IV.-Pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, la prestation est versée pendant une durée minimale à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer des adoptants.

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 531-1, la prestation est également versée pour les enfants dont l'âge, au moment de leur arrivée au foyer des adoptants, est supérieur à l'âge limite mentionné à cet article. La durée de versement est, dans ce cas, égale à la durée minimale mentionnée à l'alinéa précédent, sous réserve des dispositions du 2° de l'article L. 512-3.

V.-L'âge limite de versement mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 et la durée de versement prévue au IV du présent article sont augmentés en cas :

1° De naissances multiples d'enfants d'un nombre déterminé ;

2° D'arrivées simultanées d'un nombre déterminé d'enfants, adoptés ou confiés en vue d'adoption dans les conditions définies à l'article L. 512-4, au foyer des adoptants.

VI.-Par dérogation au premier alinéa du 1 du I et dans des conditions définies par décret, la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein peut être cumulée, pendant une durée déterminée, avec un revenu professionnel, en cas de reprise d'activité du parent bénéficiaire alors qu'il a un enfant à charge remplissant des conditions d'âge. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants.

Par exception au 1 du I et dans des conditions définies par décret, la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein peut être attribuée, à un montant majoré et pendant une durée déterminée, à la personne qui choisit de ne pas exercer d'activité professionnelle pendant cette même durée. Dans ce cas, l'activité professionnelle antérieure minimale prévue au III doit avoir été exercée au cours d'une période de référence fixée par décret. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants. La période de droit ouverte par cette option peut être partagée entre les deux parents.

Lorsque les deux membres du couple assument conjointement la charge de l'enfant au titre duquel le montant majoré de la prestation partagée d'éducation de l'enfant prévu au deuxième alinéa du présent VI est versé et que chacun d'entre eux fait valoir, successivement, son droit au montant majoré, la durée totale de versement peut être augmentée jusqu'à ce que l'enfant atteigne un âge limite fixé par décret. Cette demande peut être déposée jusqu'à ce que l'enfant ait atteint cet âge limite. Les conditions dans lesquelles la durée de versement du montant majoré peut être augmentée sont fixées par décret.

La durée étendue de versement mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent VI bénéficie également à la personne qui assume seule la charge de l'enfant. Par dérogation à l'article L. 552-1, cette durée étendue reste acquise à la personne qui, à l'issue de la durée mentionnée au premier alinéa du 3 du I, conclut un mariage ou un pacte civil de solidarité ou débute une vie en concubinage.

Article L531-4-1

Une convention conclue entre l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail et l'organisme débiteur des prestations familiales prévoit les conditions dans lesquelles les bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant qui étaient précédemment en inactivité bénéficient des prestations d'aide au retour à l'emploi avant la fin de leurs droits à la prestation partagée d'éducation de l'enfant.

La région peut être partie à cette convention pour la détermination de l'accès aux actions de formation professionnelle mentionnées à l'article L. 214-13 du code de l'éducation.

Article L531-5

I. - Le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.

Ce complément comprend :

- a) Une prise en charge totale ou partielle des cotisations et contributions sociales liées à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ;
- b) Une prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant.

Le complément de libre choix du mode de garde est versé à la condition que le ménage ou la personne seule exerce une activité professionnelle.

Les situations qui sont assimilées à une activité professionnelle pour le bénéfice du complément et leurs modalités de prise en compte sont déterminées par décret.

La condition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas :

-lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études ;

-lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie d'une des allocations mentionnées aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code et aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;

-aux personnes bénéficiaires du revenu mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, à la condition que le bénéficiaire soit inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'Etat.

II. - Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant des cotisations et contributions sociales est pris en charge en totalité, pour chaque enfant, à la condition que la rémunération correspondante de l'assistante maternelle ne dépasse pas un taux de salaire horaire maximum fixé par décret.

Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 772-1 du code du travail, une fraction des cotisations et contributions sociales est prise en charge, dans la limite d'un plafond par ménage. Le taux de prise en charge des cotisations et contributions sociales ainsi que le montant du plafond sont fixés par décret. Le plafond est revalorisé conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. - L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en

cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.

Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code.

IV. - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 531-1, le complément de libre choix du mode de garde est également versé, à un montant réduit, pour la garde d'un enfant ayant un âge supérieur à l'âge mentionné à cet article mais inférieur à un âge limite.

V. - Un décret détermine les conditions de cumul, pour un même enfant ou plusieurs enfants, des compléments de libre choix du mode de garde versés au titre de modes de garde différents.

Article L531-6

Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet, dans des conditions définies par décret, pour assurer la garde d'un enfant et que sont remplies les conditions d'ouverture du droit au complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant, ce complément est versé au ménage ou à la personne sous la forme d'une aide prenant en charge partiellement le coût de la garde.

Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2.

Pour la garde d'un enfant qui répond à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants versés sont réduits.

L'aide n'est versée que si l'enfant est gardé un minimum d'heures au cours du mois, dans des conditions définies par décret.

L'aide est versée par l'organisme débiteur de prestations familiales.

Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret, sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas un montant horaire maximal fixé par décret.

Article L531-8

Les caisses versent le montant mentionné au a du I de l'article L. 531-5 à un organisme de recouvrement de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'employeur est dispensé du versement des cotisations et contributions sociales à hauteur de ce montant sous réserve de se conformer aux modalités de déclaration fixées par décret. Dans ce cas, les cotisations et contributions sociales demeurant à sa charge donnent lieu à prélèvement automatique au cours du mois suivant la réception des formulaires de déclaration. L'organisme mentionné au premier alinéa est habilité à poursuivre le recouvrement par voie contentieuse des sommes restant dues, pour le compte de l'ensemble des régimes concernés sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.

Les mentions figurant dans le formulaire de déclaration sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article L531-9

Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein mentionnée au premier alinéa du 1 du I de l'article L. 531-4, sauf si cette dernière est versée au titre du VI dudit article.

Le complément de libre choix du mode de garde est réduit, lorsque le ménage ou la personne bénéficie de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel pour l'exercice d'une activité professionnelle inférieure à une quotité, dans des conditions définies par décret.

Article L531-10

En cas de décès d'un enfant, la prestation partagée d'éducation de l'enfant et l'allocation de base, versées au titre de cet enfant, sont maintenues pendant une durée fixée par décret.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 3 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Chapitre 2 : Dispositions relatives au cumul avec d'autres prestations

Article L532-1

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant n'est pas cumulable avec le complément familial défini à l'article L. 522-1.

Article L532-2

I.-La prestation partagée d'éducation de l'enfant n'est pas cumulable avec le complément familial.

II.-La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein n'est pas cumulable pour le bénéficiaire avec :

1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;

2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

4° Les indemnités servies aux travailleurs sans emploi ;

5° Un avantage de vieillesse, d'invalidité ou la pension servie aux militaires en application de l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Le service des indemnités dues aux travailleurs sans emploi est, à la date d'interruption du versement de la prestation partagée d'éducation de l'enfant, poursuivi jusqu'à l'expiration du droit.

III.-La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel n'est pas cumulable pour le bénéficiaire, à l'ouverture du droit, avec les indemnisations et l'allocation de remplacement mentionnées aux 1° à 5° du II. Elle est cumulable, en cours de droit, avec les indemnisations et allocations mentionnées aux 1° à 4° du II perçues au titre de l'activité à temps partiel que le bénéficiaire exerce ou a exercée.

IV.-Lorsque le bénéficiaire de la prestation partagée d'éducation de l'enfant a un seul enfant à charge, la prestation est cumulable, le mois d'ouverture du droit, avec les indemnités et allocations visées aux 1° à 3° du II.

V.-Pendant le mois au cours duquel le versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1° à 3° du II prend fin, celles-ci sont cumulables avec la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein, lorsqu'il est fait usage de l'option mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 3 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Chapitre 3 : Dispositions relatives aux examens médicaux de la mère et de l'enfant

Article L533-1

Le versement de la prime à la naissance est subordonné à la justification de la passation du premier examen prénatal médical obligatoire de la mère prévu en application de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique.

Un décret définit les conditions dans lesquelles est produite cette justification.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 1er : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article L541-1

Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation de l'enfant handicapé, si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux déterminé.

Un complément d'allocation est accordé pour l'enfant atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne. Son montant varie suivant l'importance des dépenses supplémentaires engagées ou la permanence de l'aide nécessaire.

La même allocation et, le cas échéant, son complément peuvent être alloués, si l'incapacité permanente de l'enfant, sans atteindre le pourcentage mentionné au premier alinéa, reste néanmoins égale ou supérieure à un minimum, dans le cas où l'enfant fréquente un établissement mentionné au 2° ou au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cas où l'état de l'enfant exige le recours à un dispositif adapté ou d'accompagnement au sens de l'article L. 351-1 du code de l'éducation ou à des soins dans le cadre des mesures préconisées par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale, sauf pour les périodes de congés ou de suspension de la prise en charge.

Article L541-2

L'allocation et son complément éventuel sont attribués au vu de la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles appréciant si l'état de l'enfant ou de l'adolescent justifie cette attribution.

Lorsque la personne ayant la charge de l'enfant handicapé ne donne pas suite aux mesures préconisées par la commission, l'allocation peut être suspendue ou supprimée dans les mêmes conditions et après audition de cette personne sur sa demande.

Article L541-3

Les dispositions de l'article L. 521-2 sont applicables à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article L541-4

Toute personne isolée bénéficiant de l'allocation et de son complément mentionnés à l'article L. 541-1 ou de cette allocation et de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles et assumant seule la charge d'un enfant handicapé dont l'état nécessite le recours à une tierce personne a droit à une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé versée dans des conditions prévues par décret.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 2 : Allocation de logement familiale - Primes de déménagement - Prêts à l'amélioration de l'habitat

Section 1 : Dispositions générales - Champ d'application.

Article L542-1

L'allocation de logement est accordée dans les conditions prévues à l'article suivant :

1°) aux personnes qui perçoivent à un titre quelconque :

a. soit les allocations familiales ;

b. soit le complément familial ;

c. soit l'allocation de soutien familial ;

d. soit l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;

2°) aux ménages ou personnes qui, n'ayant pas droit à l'une des prestations mentionnées au 1°, ont un enfant à charge au sens de l'article L. 512-3 ;

3°) aux ménages qui n'ont pas d'enfant à charge, pendant une durée déterminée à compter du mariage, à la condition que celui-ci ait été célébré avant que les époux aient l'un et l'autre atteint un âge limite ;

4°) aux ménages ou aux personnes qui ont à leur charge un ascendant vivant au foyer ayant dépassé un âge déterminé ;

5°) aux ménages ou personnes qui ont à leur charge un ascendant ou un descendant ou un collatéral au deuxième ou au troisième degré vivant au foyer, atteint d'une infirmité permanente au moins égale à un pourcentage fixé par décret ou qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité, reconnue par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles, de se procurer un emploi ;

6° A la personne seule sans personne à charge à compter du premier jour du mois civil suivant le quatrième mois de la grossesse et jusqu'au mois civil de la naissance de l'enfant.

Article L542-2

I. - L'allocation de logement n'est due, au titre de leur résidence principale, qu'aux personnes :

1° payant un minimum de loyer, compte tenu de leurs ressources ; sont assimilées aux loyers les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation, ainsi que la rémunération de l'opérateur mentionnée au III de l'article 29-11 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, et l'indemnité d'occupation mentionnée à l'article L. 615-9 du code de la construction et de l'habitation et la redevance mentionnée à l'article L. 615-10 du même code ;

Pour les prêts d'accession à la propriété de l'habitation signés à compter du 1er janvier 2016, l'allocation n'est due que si le montant total des ressources perçues par le ménage est inférieur de plus de 30 % au montant des ressources du ménage évaluées à la date de signature ;

2° habitant un logement répondant aux caractéristiques définies en application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs ;

3° habitant un logement répondant à des conditions de peuplement fixées par voie réglementaire.

II. - Lorsque le logement ne satisfait pas aux caractéristiques imposées au 2° du I du présent article et que l'organisme payeur ou un organisme dûment habilité par ce dernier a constaté que le logement ne constitue donc pas un logement décent, au sens des deux premiers alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, l'allocation de logement n'est pas versée au locataire ou au propriétaire mais est conservée par l'organisme payeur pendant un délai maximal de dix-huit mois. L'organisme payeur notifie au propriétaire le constat établissant que le logement ne remplit pas les conditions requises pour être qualifié de logement décent et l'informe qu'il doit mettre celui-ci en conformité dans le délai maximal précité pour que l'allocation de logement conservée lui soit versée. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur, sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail.

Pour l'application de l'article 20-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, l'information du bailleur, par l'organisme payeur, sur son obligation de mise en conformité du logement, dont le locataire est également destinataire, tient lieu de demande de mise en conformité par le locataire dans le cas où ce dernier saisit la commission départementale de conciliation. L'information du locataire reproduit les dispositions de ce même article et précise l'adresse de la commission départementale de conciliation. Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi par l'organisme payeur ou par un organisme dûment habilité par ce dernier, le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur est versé au propriétaire.

L'organisme payeur informe le bailleur de l'existence d'aides publiques et des lieux d'information pour réaliser les travaux de mise en conformité du logement.

III. - Si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article à l'issue du délai de mise en conformité prévu au premier alinéa du II :

1° Le bénéfice de l'allocation de logement conservée jusqu'à cette date par l'organisme payeur au titre de la période durant laquelle il a été fait application du premier alinéa du II est définitivement perdu. Le

propriétaire ne peut demander au locataire le paiement de la part de loyer non perçue correspondant au montant de l'allocation conservée ;

2° L'allocation de logement, le cas échéant recalculée dans le cas où un nouveau loyer est fixé par le juge, peut, à titre exceptionnel, dans des cas fixés par décret, en vue de permettre l'achèvement d'une mise en conformité engagée, de prendre en compte l'action du locataire pour rendre son logement décent par la voie judiciaire ou de prévenir des difficultés de paiement du loyer ou de relogement du locataire, être maintenue par décision de l'organisme payeur et conservée par ce dernier pour une durée de six mois, renouvelable une fois. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail.

Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi, le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur est versé au propriétaire. Si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article à l'issue de ce délai, le bénéfice de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur au titre de la période durant laquelle il a été fait application du 2° du présent III est définitivement perdu. Le propriétaire ne peut demander au locataire le paiement de la part de loyer non perçue correspondant au montant de l'allocation conservée.

IV. - A chaque changement de locataire, s'il est de nouveau constaté que le logement n'est pas conforme aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article, l'allocation de logement n'est pas versée au nouveau locataire ou au propriétaire mais est conservée par l'organisme payeur pour une durée de six mois, éventuellement prolongée par décision de cet organisme, à titre exceptionnel, dans les cas définis par le décret mentionné au 2° du III, pour une durée de six mois. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail.

Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi ou si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 2° du I du présent article à l'issue de ce délai, il est procédé conformément au dernier alinéa du III.

V. - Lorsque le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur en application des II à IV est versé au propriétaire après que le constat de mise en conformité du logement a été établi, le propriétaire verse, le cas échéant, au locataire la part de l'allocation de logement conservée qui excède le montant du loyer et des charges récupérables.

VI. - Outre les cas mentionnés aux II à IV, l'allocation de logement peut être accordée à titre dérogatoire et pendant une durée déterminée, dans des conditions fixées par décret.

VII. - L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Toutefois, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'allocation est due à compter du premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée.

Les dispositions prévues à la première phrase de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes qui, hébergées par un organisme logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou par une association agréée en application de l'article L. 121-9 du code de l'action sociale et des familles et bénéficiant de l'aide mentionnée à l'article L. 851-1, du présent code accèdent à un logement ouvrant droit à l'allocation de logement, afin d'assurer la continuité des prestations prévue par le second alinéa de l'article L. 552-1. De la même façon, elles ne s'appliquent pas aux personnes dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la construction et de l'habitation, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées.

VIII. - L'allocation de logement n'est pas due aux personnes qui sont locataires d'un logement dont elles-mêmes, leurs conjoints, concubins ou toute personne liée à elles par un pacte civil de solidarité, ou l'un de leurs ascendants ou descendants, jouissent d'une part de la propriété ou de l'usufruit de ce logement, personnellement ou par l'intermédiaire de parts sociales de sociétés, quels que soient leurs formes et leurs objets. Par dérogation, cette aide peut être versée si l'ensemble des parts de propriété et d'usufruit du logement ainsi détenues est inférieur à des seuils fixés par décret. Ces seuils ne peuvent excéder 20 %.

Article L542-2-1

L'organisme payeur décide, selon des modalités fixées par décret, du maintien du versement de l'allocation de logement lorsque le bénéficiaire ne règle pas la part de la dépense de logement restant à sa charge. Pour les allocataires de bonne foi et dans des conditions précisées par décret, cette décision de maintien du versement de l'allocation de logement est réputée favorable.

Article L542-3

Les allocations de logement et les primes de déménagement sont financées par le Fonds national d'aide au logement. Elles sont liquidées et payées dans les conditions prévues à l'article L. 351-8 du code de la construction et de l'habitation.

Article L542-4

L'allocation de logement n'est pas versée aux personnes qui bénéficient des dispositions des articles 161 et 184 du code de la famille et de l'aide sociale (1).

Section 2 : Conditions générales d'attribution.

Article L542-5

Les taux de l'allocation sont déterminés compte tenu du nombre des personnes à charge vivant au foyer et du pourcentage des ressources affecté au loyer.

Les paramètres de calcul de l'allocation sont révisés chaque année au 1er octobre. Sont indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers défini à l'article 17-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 les paramètres suivants :

les plafonds de loyers ;

les plafonds des charges de remboursement de contrats de prêts dont la signature est postérieure à la date de révision du barème ;

le montant forfaitaire des charges ;

les équivalences de loyer et de charges locatives ;

le terme constant de la participation personnelle du ménage.

Article L542-5-1

La prise en compte des ressources peut faire l'objet de dispositions spécifiques, lorsque le demandeur est âgé de moins de vingt-cinq ans et qu'il bénéficie d'un contrat de travail autre qu'un contrat à durée indéterminée.

Article L542-6

Les organismes ou services débiteurs de prestations familiales sont habilités à faire vérifier sur place si le logement satisfait aux exigences prévues aux 2° et 3° du I de l'article L. 542-2. Le maire ou toute association de défense des droits des locataires affiliée à une association siégeant à la Commission nationale de concertation peuvent, s'il est porté à leur connaissance l'existence d'un immeuble ou d'un groupe d'immeubles habité, ne satisfaisant pas aux exigences de décence telles que définies par l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, saisir les organismes et services débiteurs des prestations familiales. Le même droit est reconnu aux médecins inspecteurs de santé publique, aux inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et aux inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

Le contrôle du montant des loyers et de l'importance des ressources du bénéficiaire est assuré par le personnel assermenté desdits organismes auquel les administrations publiques et notamment, par application de l'article 160 du livre des procédures fiscales, les administrations financières sont tenues de communiquer toutes les pièces nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Article L542-7

Lorsque, par suite d'un défaut d'entretien imputable au bénéficiaire, le logement cesse de remplir les conditions prévues à l'article L. 542-2 ou lorsque le bénéficiaire refuse de se soumettre au contrôle prévu à l'article L. 542-6, le versement des allocations peut être suspendu ou interrompu.

Section 3 : Dispositions relatives aux locataires

Article L542-7-1

La décision déclarant la recevabilité de la demande mentionnée à l'article L. 331-3-1 du code de la consommation emporte rétablissement des droits à l'allocation de logement pour les locataires. Sauf dans le cas mentionné aux II à V de l'article L. 542-2, dans le cas prévu au dernier alinéa du II de l'article L. 553-4 du présent code ou refus du bailleur, le déblocage des allocations s'effectue au profit de ce dernier.

Section 6 : Primes de déménagement.

Article L542-8

Les primes de déménagement sont attribuées par les organismes débiteurs des allocations de logement aux bénéficiaires du présent chapitre qui s'assurent de meilleures conditions de logement dès la déclaration de grossesse pour un enfant d'un rang déterminé et pour une période déterminée après la naissance de cet enfant.

Section 7 : Prêts à l'amélioration de l'habitat

Article L542-9

Les régimes de prestations familiales peuvent accorder :

1° A leurs allocataires des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat dans des conditions et des limites fixées par décret ;

2° Aux assistants maternels, mentionnés aux articles L. 421-1 et L. 424-1 du code de l'action sociale et des familles, des prêts destinés à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant, qu'il soit au domicile de l'assistant maternel ou au sein d'une maison d'assistants maternels, dans des conditions et des limites fixées par décret.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 3 : Allocation de rentrée scolaire.

Article L543-1

Une allocation de rentrée scolaire est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond variable en fonction du nombre des enfants à charge, pour chaque enfant inscrit en exécution de l'obligation scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé.

Elle est également attribuée, pour chaque enfant d'un âge inférieur à un âge déterminé, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3, qui poursuit des études ou qui est placé en apprentissage.

Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation des ménages hors les prix du tabac, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. Son montant est fixé par décret et revalorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon l'âge de l'enfant.

Article L543-2

Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné à l'article L. 543-1 d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L543-3

L'allocation mentionnée à l'article L. 543-1 du présent code ou l'allocation différentielle mentionnée à l'article L. 543-2 du même code due au titre d'un enfant confié en application des 3° ou 5° de l'article 375-3 du code civil ou en application de l'article 375-5 du même code est versée à la Caisse des dépôts et consignations, qui en assure la gestion jusqu'à la majorité de l'enfant ou, le cas échéant, jusqu'à son émancipation. A cette date, le pécule est attribué et versé à l'enfant.

Pour l'application de la condition de ressources, la situation de la famille continue d'être appréciée en tenant compte à la fois des enfants présents au foyer et du ou des enfants confiés au service de l'aide sociale à l'enfance.

Les sommes indûment versées à la Caisse des dépôts et consignations sont restituées par cette dernière à l'organisme débiteur des prestations familiales.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 4 : Allocation journalière de présence parentale

Article L544-1

La personne qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficie, pour chaque jour de congé prévu à l'article L. 122-28-9 du code du travail, d'une allocation journalière de présence parentale.

Ces dispositions sont également applicables aux agents publics bénéficiant du congé de présence parentale prévu par les règles qui les régissent.

Un décret précise les modalités d'application du présent article.

Article L544-2

La particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident visés au premier alinéa de l'article L. 544-1 ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et de soins contraignants sont attestés par un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit l'enfant au titre de la maladie, du handicap ou de l'accident susmentionnés. Le droit à la prestation est soumis à un avis favorable du service du contrôle médical prévu aux articles L. 315-1 et L. 615-13 ou du régime spécial de sécurité sociale.

Le droit est ouvert pour une période égale à la durée prévisible du traitement de l'enfant visée au premier alinéa. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité fixée par décret.

Article L544-3

L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximum fixée par décret pour un même enfant et par maladie, handicap ou accident. Le nombre maximum d'allocations journalières versées au cours de cette période est égal à trois cent dix.

Au-delà de la durée maximum prévue au premier alinéa, le droit à l'allocation journalière de présence parentale peut être ouvert de nouveau, en cas de rechute ou de récurrence de la pathologie de l'enfant au titre

de laquelle un premier droit à l'allocation de présence parentale ou à l'allocation journalière de présence parentale avait été ouvert, dès lors que les conditions visées aux articles L. 544-1 et L. 544-2 sont réunies.

Article L544-4

Le nombre d'allocations journalières versées au titre d'un même enfant au cours d'un mois civil à l'un ou aux deux membres du couple ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.

Article L544-6

Le montant de l'allocation journalière est fixé par décret. Il est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant, dans des conditions déterminées par décret.

Article L544-7

Un complément pour frais est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, lorsque la maladie, le handicap ou l'accident visés au premier alinéa de l'article L. 544-1 exigent des dépenses à la charge desdits ménage ou personne, supérieures à un montant déterminé. Ce complément, versé mensuellement selon des modalités fixées par décret, est forfaitaire.

Le plafond de ressources visé au premier alinéa varie en fonction du nombre d'enfants à charge. Il est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une seule personne.

Article L544-8

Les personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1^o, 4^o et 5^o de l'article L. 615-1, à l'article L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime et aux articles L. 351-1 à L. 351-15 du code du travail peuvent bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.

Les travailleurs à la recherche d'un emploi mentionnés au premier alinéa ou en formation professionnelle rémunérée bénéficient d'une allocation journalière de présence parentale versée mensuellement sur la base d'un nombre de jours fixé par décret.

Le versement des indemnités dues aux demandeurs d'emploi est suspendu au début du versement de l'allocation journalière de présence parentale et est, à la date de cessation de paiement de celle-ci, repris et poursuivi jusqu'à son terme.

Les modalités d'attribution et de versement de l'allocation journalière de présence parentale aux personnes visées aux premier et deuxième alinéas sont fixées par décret.

Article L544-9

L'allocation journalière de présence parentale n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec :

1° L'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;

2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

5° Un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ;

6° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ;

7° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant ;

8° L'allocation aux adultes handicapés ;

9° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles.

Toutefois, l'allocation journalière de présence parentale, lorsqu'elle n'est pas servie pour la totalité des jours prévus à l'article L. 544-4, est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 1er : Etablissement du salaire de base.

Article L551-1

Le montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul revalorisées au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 2 : Service des prestations.

Article L552-1

Les changements de nature à modifier les droits aux prestations prennent effet et cessent de produire leurs effets selon les règles respectivement définies pour l'ouverture et l'extinction des droits, sauf s'ils conduisent à interrompre la continuité des prestations.

Article L552-2

Le versement de la fraction des allocations familiales et du complément familial, afférent à l'enfant n'ayant pas atteint l'âge de l'obligation scolaire, peut être subordonné à la présentation des certificats de santé établis en application de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique.

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 584-1 détermine les conditions d'application du présent article. Il fixe notamment les modalités suivant lesquelles les justifications doivent être produites ainsi que la durée de la suspension ou de la suppression du versement de la fraction des prestations mentionnées à l'alinéa précédent en cas de retard ou de défaut de justification.

Article L552-4

Le versement des prestations familiales afférentes à un enfant soumis à l'obligation scolaire est subordonné à la présentation soit du certificat d'inscription dans un établissement d'enseignement public ou privé, soit d'un certificat de l'autorité compétente de l'Etat attestant que l'enfant est instruit dans sa famille, soit d'un certificat médical attestant qu'il ne peut fréquenter régulièrement aucun établissement d'enseignement en raison de son état de santé.

Les prestations ne sont dues qu'à compter de la production de l'une des pièces prévues à l'alinéa ci-dessus. Elles peuvent toutefois être rétroactivement payées ou rétablies si l'allocataire justifie que le retard apporté dans la production de ladite pièce résulte de motifs indépendants de sa volonté.

Un arrêté interministériel fixe les modalités d'application du présent article et, notamment, le délai dans lequel les pièces citées au premier alinéa du présent article doivent être produites.

Article L552-5

Le droit aux prestations familiales des personnes regardées comme sans domicile fixe pour l'application de la loi n° 69-3 du 3 janvier 1969 relative à l'exercice des activités ambulantes et au régime applicable aux personnes circulant en France sans domicile ni résidence fixe, est subordonné à la justification, par les intéressés, de l'assiduité des enfants soumis à l'obligation scolaire dans un établissement d'enseignement, pendant une durée mensuelle minimum fixée par un arrêté interministériel. Le même arrêté définit les conditions dans lesquelles doivent être fournies les justifications ainsi exigées.

Article L552-6

Dans le cadre de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial prévue à l'article 375-9-1 du code civil, le juge peut décider qu'une personne qualifiée, dite " délégué aux prestations familiales ", perçoit tout ou partie des prestations familiales et du revenu de solidarité active servi aux personnes isolées mentionnées à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles, dus au bénéficiaire de la mesure.

La charge des frais de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial incombe à l'organisme qui sert la prestation familiale ou l'allocation due à la famille et perçue par le délégué. Si plusieurs prestations sociales sont perçues par le délégué, la charge incombe à l'organisme versant la prestation au montant le plus élevé.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 3 : Dispositions diverses.

Article L553-1

L'action de l'allocataire pour le paiement des prestations se prescrit par deux ans.

Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de manoeuvre frauduleuse ou de fausse déclaration.

La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1, L. 835-3 ou L. 845-3, L. 844-3 (1) du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

Article L553-2

Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées aux titres II et IV du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles.

Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.

Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au premier alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 835-3 et L. 845-3 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, sont déterminées en fonction de la composition de la famille, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret.

Les mêmes règles sont applicables en cas de non-remboursement d'un prêt subventionné ou consenti à quelque titre que ce soit par un organisme de prestations familiales, la caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole.

Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, la créance de l'organisme peut être réduite ou remise en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manoeuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

Article L553-3

Lorsqu'un même enfant ouvre droit aux prestations familiales et à une majoration de l'une quelconque des allocations ci-après énumérées :

1°) allocation de chômage ;

2°) allocations aux réfugiés ;

3°) allocations militaires ;

4°) retraites ou pensions attribuées par l'Etat, les collectivités publiques ou les organismes de prévoyance obligatoire, les prestations familiales sont perçues par priorité et excluent, à due concurrence, lesdites majorations.

Dans le cas où le montant des prestations familiales serait inférieur au montant des majorations mentionnées au précédent alinéa, ces dernières seront réduites à due concurrence du montant des prestations familiales.

Toutefois, l'allocation de logement servie au titre d'enfants infirmes dont l'âge est supérieur aux limites fixées pour le bénéfice des allocations familiales est cumulable avec les majorations de retraites ou de pensions susmentionnées allouées du chef de ces enfants.

Le présent article n'est pas applicable à l'allocation de soutien familial.

Article L553-4

I.-Les prestations familiales sont incessibles et insaisissables sauf pour le recouvrement des prestations indûment versées à la suite d'une manoeuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'allocataire.

Toutefois, peuvent être saisis dans la limite d'un montant mensuel déterminé dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 :

1°) pour le paiement des dettes alimentaires ou l'exécution de la contribution aux charges du mariage et liées à l'entretien des enfants : l'allocation de base et la prestation partagée d'éducation de l'enfant, les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de soutien familial ;

2°) pour le paiement des frais entraînés par les soins, l'hébergement, l'éducation ou la formation notamment dans les établissements mentionnés à l'article L. 541-1 : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui assume la charge de l'éducation spéciale, de la formation ou de l'entretien de l'enfant peut obtenir de l'organisme débiteur de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.

Sur demande de l'allocataire, les cotisations d'assurance volontaire mentionnées à l'article L. 742-1 sont recouvrées sur les prestations familiales visées à l'article L. 511-1, à l'exception de l'allocation de logement.

II.-L'allocation de logement prévue à l'article L. 542-1 est versée, s'il le demande, au prêteur lorsque l'allocataire est emprunteur et au bailleur lorsque l'allocataire est locataire.

Le prêteur ou le bailleur déduit l'allocation du montant du loyer et des dépenses accessoires de logement ou de celui des charges de remboursement. Il porte cette déduction à la connaissance de l'allocataire. Lorsque le bailleur ou le prêteur ne pratique pas cette déduction, l'allocation est versée à l'allocataire.

Si l'allocataire ne règle pas la part de la dépense de logement restant à sa charge, le bailleur ou le prêteur auprès duquel l'allocation est versée signale la situation de l'allocataire défaillant à l'organisme payeur, dans des conditions définies par décret.

Le bailleur auprès duquel l'allocation est versée signale le déménagement de l'allocataire et la résiliation de son bail, dans un délai déterminé par décret.

Si l'allocataire procède à un remboursement anticipé de son prêt, le prêteur auprès duquel l'allocation est versée signale ce remboursement anticipé à l'organisme payeur, dans un délai fixé par décret.

Le bailleur ou le prêteur manquant aux obligations définies aux troisième à cinquième alinéas du présent II s'expose à la pénalité prévue à l'article L. 114-17.

L'allocation ne peut être versée au bailleur que si le logement répond aux exigences prévues aux 2° et 3° du I de l'article L. 542-2. Pour les logements compris dans un patrimoine d'au moins dix logements dont le propriétaire ou le gestionnaire est un organisme d'habitations à loyer modéré, une société d'économie mixte de construction et de gestion de logements sociaux, un organisme agréé exerçant des activités de maîtrise d'ouvrage définies au 1° de l'article L. 365-1 du code de la construction et de l'habitation ou la société de gestion du patrimoine immobilier des houillères du Nord et du Pas-de-Calais et les sociétés à participation majoritaire de cet établissement, le bailleur peut continuer à percevoir l'allocation s'il s'engage par convention avec l'Etat à rendre le logement décent dans un délai fixé par cette convention. Le bailleur adresse une copie de la convention aux organismes payeurs de l'allocation de logement. La transmission de cette convention à l'organisme payeur vaut constat de mise en conformité du logement pour l'application des II à V de l'article L. 542-2.

III.-Lorsque l'organisme payeur a versé une allocation indue et que le bailleur ou le prêteur justifie avoir procédé à la déduction prévue au deuxième alinéa du II, le trop-perçu est recouvré auprès de l'allocataire.

Le blocage de comptes courants de dépôts ou d'avances ne peut avoir pour effet de faire obstacle à l'insaisissabilité et à l'incessibilité des prestations familiales.

Nonobstant toute opposition, les allocataires dont les prestations familiales sont servies par versement à un compte courant de dépôts ou d'avances peuvent retirer des fonds chaque mois de ce compte dans la limite du montant des prestations familiales.

Un décret précise les conditions d'application des deux alinéas précédents.

Article L553-5

Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie

est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit aux prestations prévues au présent livre, à l'exception de l'allocation de logement servie en application de l'article L. 542-1.

Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 4 : Pénalités.

Article L554-2

Sera puni d'une amende de 4 500 euros tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services moyennant émoluments convenus d'avance, à un allocataire en vue de lui faire obtenir des prestations qui peuvent lui être dues.

Article L554-3

En cas de condamnation le tribunal pourra ordonner l'insertion du jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 150 euros.

Article L554-4

Quiconque, par voies de fait, menaces ou manoeuvres concertées, aura organisé ou tenté d'organiser le refus par les assujettis de se conformer aux prescriptions de la législation des prestations familiales et notamment de s'affilier à une caisse de sécurité sociale ou d'allocations familiales, ou de payer les cotisations dues sera puni d'un emprisonnement de deux ans, et d'une amende de 3 750 euros.

Sera passible d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 3 750 euros quiconque aura, par quelque moyen que ce soit, incité les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation des prestations familiales et notamment de s'affilier à une caisse de sécurité sociale ou d'allocations familiales, ou de payer les cotisations dues.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 8 : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires - Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 1er : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires.

Article L581-1

Les organismes et services auxquels incombe le service des prestations familiales sont habilités à apporter leur aide au recouvrement des créances dues au titre de l'entretien d'enfants, dans les conditions prévues par les dispositions relatives à l'intervention des organismes débiteurs des prestations familiales pour le recouvrement des créances alimentaires impayées.

Article L581-2

Lorsque l'un au moins des parents se soustrait totalement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, l'allocation de soutien familial est versée à titre d'avance sur créance alimentaire.

Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle. Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial.

L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis au créancier.

Dans le cas prévu au 4° de l'article L. 523-1, l'allocation différentielle n'est pas recouvrée et demeure acquise au créancier.

Article L581-3

Pour le surplus de la créance, dont le non-paiement a donné lieu au versement de l'allocation de soutien familial, et pour les autres termes à échoir, la demande de ladite allocation emporte mandat du créancier au profit de cet organisme.

L'organisme débiteur des prestations familiales a droit, en priorité sur les sommes recouvrées, au montant de celles versées à titre d'avance.

Avec l'accord du créancier d'aliments, l'organisme débiteur des prestations familiales poursuit également, lorsqu'elle est afférente aux mêmes périodes, le recouvrement de la créance alimentaire du conjoint, de l'ex-conjoint et des autres enfants du débiteur ainsi que les créances des articles 214, 276 et 342 du code civil.

Article L581-4

Le titulaire de la créance est tenu de communiquer à l'organisme débiteur des prestations familiales les renseignements qui sont de nature à faciliter le recouvrement de la créance.

Le titulaire de la créance peut à tout moment renoncer à percevoir l'allocation de soutien familial. L'organisme débiteur demeure subrogé aux droits du titulaire de la créance jusqu'au recouvrement complet du montant des sommes versées dans les conditions fixées à l'article L. 581-2.

L'organisme débiteur de prestations familiales peut suspendre le versement de l'allocation de soutien familial en cas de refus par le créancier d'aliments de donner le pouvoir spécial de saisie en matière immobilière.

Lorsque le débiteur reprend le service de sa dette, cette dernière peut être acquittée directement au parent créancier, avec l'accord de l'organisme débiteur de prestations familiales.

Article L581-5

Sauf dans le cas où il est fait application du premier alinéa de l'article 7 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires, les sommes à recouvrer par l'organisme débiteur sont majorées de frais de gestion et de recouvrement dont le montant est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Ces frais ne peuvent être mis à la charge du créancier d'aliments.

Article L581-6

Le titulaire d'une créance alimentaire fixée par décision de justice devenue exécutoire en faveur de ses enfants mineurs, s'il ne remplit pas les conditions d'attribution de l'allocation de soutien familial et si une voie d'exécution engagée par ses soins n'a pas abouti, bénéficie, à sa demande, de l'aide des organismes

débiteurs de prestations familiales pour le recouvrement des termes échus, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, et des termes à échoir.

Ce recouvrement est exercé dans les conditions et pour les créances mentionnées aux articles L. 581-2 et suivants.

Article L581-7

Par dérogation aux articles 2 et 3 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales intervenant au titre des articles L. 581-2 et suivants établit et certifie l'état des sommes à recouvrer et l'adresse au représentant de l'Etat dans le département. Celui-ci rend cet état exécutoire dans un délai de cinq jours ouvrables et le transmet au directeur départemental des finances publiques du département.

Article L581-8

Les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent se prévaloir des articles L. 152-1 et L. 152-2 du code des procédures civiles d'exécution pour l'exercice de la mission qui leur est confiée en vue du recouvrement des créances alimentaires impayées.

Article L581-9

Les caisses d'allocations familiales sont habilitées à consentir sur leur fonds d'action sanitaire et sociale aux créanciers d'aliments auxquels la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 est applicable, des avances sur pensions. Elles sont alors subrogées de plein droit dans les droits des créanciers, à concurrence du montant des avances, tant à l'égard du débiteur qu'éventuellement à l'égard du Trésor.

Article L581-10

Le recouvrement sur le débiteur d'aliments de toute avance sur pension alimentaire fixée par une décision judiciaire devenue exécutoire et consentie par les organismes débiteurs de prestations familiales peut être confié, pour le compte de ces organismes, aux comptables publics compétents.

Le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales établit et certifie l'état des sommes à recouvrer et l'adresse au représentant de l'Etat dans le département. Celui-ci rend cet état exécutoire dans un délai de cinq jours ouvrables et le transmet au directeur départemental des finances publiques.

Dès qu'ils ont saisi le représentant de l'Etat dans le département, les organismes débiteurs de prestations familiales ne peuvent plus, jusqu'à ce qu'ils soient informés de la cessation de la procédure de recouvrement par les comptables publics compétents, exercer aucune action en vue de récupérer les sommes qui font l'objet de leur demande.

En cas de contestation relative à l'application des premier et deuxième alinéas du présent article, il est procédé comme à l'article 4 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975.

Le recouvrement des avances est poursuivi selon les procédures et dans les conditions prévues par les articles 7 à 9 de la loi du 11 juillet 1975 précitée. Les comptables publics compétents peuvent également mettre en oeuvre les actions et garanties dont dispose le créancier pour le recouvrement de sa pension alimentaire.

En cas de recours à une procédure de recouvrement public par le créancier de la pension alimentaire, les sommes recouvrées sont affectées par priorité au règlement de la créance de l'organisme débiteur de prestations familiales.

En cas de décès du débiteur ou lorsque l'impossibilité de recouvrer la créance a été constatée par le comptable public compétent, ce dernier renvoie le titre exécutoire à la caisse d'allocations familiales qui en décharge le comptable public et informe de sa décision le représentant de l'Etat dans le département.

Lorsqu'un organisme débiteur de prestations familiales poursuit le recouvrement d'une créance alimentaire au titre des articles L. 581-2 à L. 581-5, le présent article est applicable à la totalité de la créance.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 8 : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires - Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 3 : Dispositions diverses.

Article L583-1

Les organismes débiteurs des prestations familiales et leur personnel sont au service des allocataires.

Ils sont tenus en particulier :

1°) d'assurer l'information des allocataires sur la nature et l'étendue de leurs droits ;

2°) de leur prêter concours pour l'établissement des demandes dont la satisfaction leur incombe.

Ils peuvent également apporter leur concours à leurs allocataires en fin de droit pour l'établissement de dossiers formulés au titre d'autres régimes de protection sociale auprès d'autres organismes.

Article L583-2

Toute prestation dont le bénéfice a été sollicité dans des conditions qui permettent d'évaluer sans ambiguïté les mérites de la demande peut faire l'objet d'une avance financée sur les fonds d'action sanitaire et sociale, remboursée par les fonds des prestations légales, dans la limite des droits établis.

Article L583-3

Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul des prestations familiales, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes débiteurs de prestations familiales selon les modalités de l'article L. 114-14.

Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17.

Lorsque ces informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, les demandeurs ou les bailleurs les communiquent par déclaration aux organismes débiteurs de prestations familiales.

Ces organismes contrôlent les déclarations des allocataires ou des demandeurs, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer et leurs conditions de logement. Ils peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation mentionnée à l'article L. 542-1 est perçue.

Pour l'exercice de leur contrôle, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment les administrations financières, et aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage, qui sont tenus de les leur communiquer.

Les informations demandées aux allocataires, aux demandeurs, aux bailleurs, aux administrations et aux organismes ci-dessus mentionnés doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'attribution des prestations familiales.

Un décret fixe les modalités d'information des allocataires, des demandeurs et des bailleurs dont les déclarations font l'objet d'un contrôle défini dans le présent article.

Les personnels des organismes débiteurs sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées.

Le versement des prestations peut être suspendu si l'allocataire refuse de se soumettre aux contrôles prévus par le présent article.

Article L583-4

Aux fins de transmission aux organismes débiteurs des prestations familiales, les régimes obligatoires d'assurance maladie communiquent à l'administration fiscale le montant des indemnités journalières visées au 2° de l'article L. 431-1, dans les conditions fixées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Partie législative

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 8 : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires - Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 4 : Dispositions d'application.

Article L584-1

Un décret en Conseil d'Etat détermine les mesures nécessaires à l'application du livre V autres que les fixations de taux et que les mesures relevant du chapitre 2 du titre IV.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 1er : Organisation administrative

Section 1 : Dispositions générales.

Article L611-1

Le régime social des indépendants couvre :

1° Au titre de l'assurance maladie et maternité les personnes mentionnées à l'article L. 613-1 ;

2° Au titre de l'assurance vieillesse, de l'invalidité-décès et de l'assurance vieillesse complémentaire obligatoire les personnes appartenant aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales mentionnées à l'article L. 621-3.

Article L611-2

I. - Le régime social des indépendants comprend trois branches :

1° Assurance maladie et maternité ;

2° Assurances vieillesse des professions artisanales ;

3° Assurances vieillesse des professions industrielles et commerciales.

Il gère en outre les régimes complémentaires obligatoires mentionnés aux articles L. 613-20, L. 635-1 et L. 635-5.

Article L611-3

Le régime social des indépendants comprend une caisse nationale et des caisses de base. Ces organismes de sécurité sociale dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière sont des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public au profit des personnes mentionnées à l'article L. 611-1.

Section 2 : Caisse nationale

Article L611-4

La Caisse nationale du régime social des indépendants a pour rôle :

- 1° D'assurer sur le plan national le financement des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2 et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces branches et de ces régimes ;
- 2° D'animer, de coordonner et de contrôler l'action des caisses de base ainsi que de contrôler, conjointement avec les caisses de base, les organismes conventionnés prévus à l'article L. 611-20 ;
- 3° De promouvoir des actions de prévention, d'éducation et d'information et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses de base ;
- 4° D'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses de base ;
- 5° D'organiser, de coordonner et de contrôler l'action du contrôle médical ;
- 6° D'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses de base et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;
- 7° De mettre en oeuvre les actions conventionnelles ;
- 8° De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses de base et d'en assurer soit le transfert vers les organismes du régime social des indépendants, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet ;
- 9° De négocier et conclure toute convention collective intéressant son personnel et celui des caisses de base et d'assurer leur formation technique ;
- 10° De créer tout service d'intérêt commun à l'ensemble des caisses de base ou à certaines d'entre elles ;
- 11° De coordonner ses orientations en matière de recouvrement contentieux des cotisations et contributions sociales personnelles dues par les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales avec celles définies, pour leurs cotisations et contributions sociales dues en leur qualité d'employeur, au titre de leurs salariés, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en application du 2° bis de l'article L. 225-1-1 ;
- 12° De mettre en oeuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses de base à ces actions. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations ;

13° De mettre en œuvre les traitements de données à caractère personnel permettant, en application de l'article L. 114-12, la communication par les organismes de sécurité sociale participant à la gestion de leurs assurés des informations nécessaires à l'exercice de ses missions.

La Caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses de base.

Elle est placée sous la tutelle de l'autorité compétente de l'Etat.

Article L611-5

La Caisse nationale est administrée par un conseil d'administration composé des représentants des caisses de base élus par leur conseil d'administration.

Les dispositions des articles L. 224-10 et L. 281-5 lui sont applicables.

Le conseil peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à un ou plusieurs groupes de professions mentionnées à l'article L. 611-1.

L'Etat est représenté auprès du conseil d'administration par des commissaires du Gouvernement.

Article L611-6

I. - Le directeur général est nommé par décret pour une durée de six ans après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale. Toutefois, le conseil peut, à la majorité des deux tiers de ses membres, formuler son opposition à la proposition de nomination présentée.

II. - Le directeur général dirige la Caisse nationale. Il recrute le personnel de la caisse et a autorité sur lui.

Il représente la caisse nationale en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il décide des actions en justice dans les matières relevant de ses compétences propres.

Lorsqu'il présente au conseil d'administration les propositions mentionnées à l'article L. 111-11 relatives à l'évaluation des charges et des produits des régimes de base, les orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 611-17 ainsi que les budgets nationaux de gestion et d'intervention, ce conseil ne peut, après avoir demandé par délibération motivée une seconde proposition, s'opposer à cette nouvelle proposition qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.

Il prend les mesures nécessaires à l'organisation et au fonctionnement des caisses de base et de leurs groupements et notamment celles prévues aux articles L. 224-11, L. 224-12, L. 224-13 et L. 281-2.

III. - Il ne peut être mis fin aux fonctions du directeur général qu'après avis favorable du conseil d'administration à la majorité des deux tiers.

Article L611-7

I. - L'Etat conclut avec la caisse nationale, en tenant compte des conditions générales d'équilibre financier fixées par les lois de financement de la sécurité sociale, pour une période minimale de quatre ans, une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

Cette convention détermine, pour les branches et les régimes mentionnés à l'article L. 611-2 ainsi que pour toute autre activité annexe exercée par la caisse nationale, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont ils disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.

II. - La mise en oeuvre de la convention d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre la caisse nationale et chacune des caisses du régime.

III. - Un décret en Conseil d'Etat détermine la périodicité, le contenu et les signataires de la convention d'objectifs et de gestion et des contrats pluriannuels de gestion.

Section 3 : Caisses de base.

Article L611-8

I.-Les caisses de base communes aux groupes professionnels des artisans, des industriels et des commerçants assurent pour leurs ressortissants, sous le contrôle de la caisse nationale, les missions du service des prestations, des allocations et du recouvrement des cotisations se rapportant à chacune des branches mentionnées à l'article L. 611-2 à l'exception de la gestion du risque d'assurance maladie des professions libérales.

Les missions du service des prestations et du recouvrement des cotisations se rapportant à la gestion du risque d'assurance maladie des professions libérales sont exercées par des caisses propres à ce groupe professionnel. Ces dernières peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement de la cotisation sociale mentionnée au c du 1° de l'article L. 613-1 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.

Ces caisses exercent en outre des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sociale ou sanitaire et sociale.

II.-Le nombre des caisses ainsi que leur ressort géographique est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Article L611-9

Lorsque les caisses de base créées en application du présent titre sont appelées à fusionner, partiellement ou totalement, par le fait d'un regroupement de leurs circonscriptions, un décret fixe les modalités selon lesquelles sont attribués les biens, droits et obligations des caisses intéressées par cette fusion.

Les opérations entraînées par ce transfert bénéficient de l'exonération prévue par l'article L. 124-3.

Article L611-9-1

Les caisses de base appelées à fusionner en application de l'article L. 611-9 peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité unique des opérations budgétaires. Le choix de tenir une comptabilité unique peut être également étendu à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre de l'article L. 611-11.

Le directeur de la caisse nationale désigne parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner celui chargé d'établir le compte unique.

Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.

Les modalités de mise en œuvre des décisions prévues au premier alinéa sont fixées par une convention, établie selon un modèle fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leur directeur et leur agent comptable, après avis de leur conseil d'administration et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale.

Article L611-10

Dans les circonscriptions où existent plusieurs caisses de base, la Caisse nationale peut désigner parmi elles une caisse habilitée à assumer des missions communes.

Article L611-11

Une caisse de base peut déléguer à une autre caisse de base, avec l'accord du directeur général de la Caisse nationale ou à sa demande et pour une durée limitée éventuellement reconductible, la prise d'actes juridiques, le service de prestations ou l'exercice d'activités concourant à l'accomplissement de leurs missions.

Article L611-12

I. - Les caisses de base sont administrées par un conseil d'administration composé de membres élus pour six ans au suffrage universel direct par les cotisants au titre de leur activité professionnelle et les retraités de l'assurance vieillesse des artisans et des industriels et commerçants, choisis au sein de ces catégories.

Le conseil d'administration ainsi composé doit comprendre en nombre égal des représentants du groupe professionnel des artisans et de celui des industriels et commerçants.

Dans les caisses de base propres au groupe professionnel des professions libérales, le conseil d'administration est composé de représentants élus pour six ans par les cotisants du groupe des professions libérales et les retraités de l'assurance vieillesse des professions libérales bénéficiaires des prestations maladie au régime social des indépendants.

Toute personne ne bénéficie que d'une voix même si elle appartient à plusieurs des catégories précédemment mentionnées.

Dans les conseils d'administration de toutes les caisses, le nombre des administrateurs retraités est, pour chaque groupe professionnel, au plus égal au tiers des administrateurs élus.

Un décret en Conseil d'Etat prévoit les modalités selon lesquelles les caisses mentionnées aux premier et troisième alinéas peuvent, dans les départements d'outre-mer, être réunies en une seule caisse.

II. - Le conseil d'administration peut siéger en sections professionnelles pour délibérer sur les questions propres à chaque groupe de professions.

III. - Une même personne ne peut être membre du conseil d'administration de plusieurs caisses de base du régime social des indépendants.

Article L611-13

Sont éligibles les électeurs inscrits sur la liste électorale de la caisse de base. Les dispositions des articles L. 231-6 et L. 231-6-1, à l'exclusion du deuxième alinéa du a de son 5°, et L. 637-1 valent conditions d'éligibilité et d'inéligibilité pour les élections des administrateurs des caisses de base.

Les fonctions d'administrateur ou d'agent salarié des organismes auxquels le régime social des indépendants a délégué certaines fonctions liées à ses missions sont incompatibles avec les fonctions d'administrateur d'une caisse du régime social des indépendants.

Aucune limite d'âge supérieure n'est applicable aux représentants des retraités.

Article L611-14

I. - Chaque caisse de base est dotée d'un directeur et d'un agent comptable nommés par le directeur général de la caisse nationale parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Leur nomination intervient sur avis conforme du conseil d'administration de la caisse de base consulté sur une liste de trois noms établie par le directeur général. Si le conseil ne retient aucun des trois noms, le directeur général de la caisse nomme l'un des candidats figurant sur la liste.

II. - Le directeur général de la caisse nationale peut mettre fin, pour un motif tiré de l'intérêt du service, aux fonctions des directeurs et des agents comptables des caisses de base, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. La décision mettant fin aux fonctions ne vaut pas licenciement.

III. - Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes où ils exercent leurs fonctions.

Article L611-15

Les directeurs des caisses de base nomment les agents de direction de la caisse autres que l'agent comptable dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Section 4 : Contrôle.

Article L611-16

Le contrôle de l'application par les ressortissants des caisses du régime social des indépendants des dispositions du présent code relatives au recouvrement des cotisations et à l'attribution des prestations est confié aux caisses de base et, le cas échéant, à la Caisse nationale.

Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Les caisses les transmettent aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Section 5 : Dispositions communes à la caisse nationale et aux caisses locales.

Article L611-17

Les dispositions des articles L. 217-2, L. 231-5, L. 231-12, L. 243-3, L. 253-1, L. 272-1, L. 272-2, L. 281-1 à L. 281-3 s'appliquent à la caisse nationale et aux caisses de base.

Article L611-18

En cas de diminution, pour quelque cause que ce soit, de la moitié au moins du nombre des administrateurs, l'autorité compétente de l'Etat peut nommer par arrêté, pour une durée qui ne peut excéder un an, un administrateur provisoire.

Section 6 : Organisation financière et comptable.

Article L611-19

La caisse nationale est chargée d'assurer la gestion de la trésorerie des différentes branches et régimes mentionnés à l'article L. 611-2.

La gestion centralisée de la trésorerie, à partir d'un compte financier unique, ne concerne que les flux financiers afférents au régime de base obligatoire de sécurité sociale. Elle est effectuée en liaison avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cadre d'une convention conclue entre la caisse nationale et cette agence et soumise pour approbation aux ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, dans des conditions fixées par décret.

Section 7 : Organismes conventionnés.

Article L611-20

La Caisse nationale confie le soin d'assurer pour le compte des caisses de base l'encaissement et le contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales à des organismes régis, soit par le code de la mutualité, soit par le code des assurances, ou à des groupements de sociétés d'assurance.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 2 : Financement de la branche assurance maladie et maternité

Section 1 : Généralités.

Article L612-1

Les charges entraînées par l'application du présent titre sont couvertes par :

1°) les cotisations des assurés ;

2°) (Abrogé) ;

3°) Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche, dans les conditions fixées à l'article L. 134-11-1 ;

4°) une fraction du produit de la contribution de solidarité instituée par l'article L. 651-10 ;

5°) (abrogé)

6°) une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 ;

7°) Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article L. 615-19-2.

Article L612-2

Le service des prestations de base et la couverture des frais de gestion du régime, de l'action sanitaire et sociale et de la prévention, de l'éducation et de l'information sanitaires sont assurés à l'aide de cotisations de base établies par décret, selon les règles prévues à l'article L. 612-4.

Article L612-3

Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité défini au présent titre une contribution à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1, dont le taux est égal à 3,25 %.

Cette contribution est calculée et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés :

1° Des dépassements mentionnés au 18° de l'article L. 162-5, à l'article L. 162-5-13 et au 1° de l'article L. 162-14-1 ;

2° Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération et à l'exception de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.

Section 2 : Assiette et taux des cotisations - Exonérations.

Article L612-4

Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8.

Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

Article L612-4

Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8.

Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

Article L612-6

Les cotisations mentionnées à l'article L. 612-2 sont admises dans les charges déductibles pour la détermination du bénéfice net professionnel soumis à l'impôt sur le revenu ou, lorsqu'elles n'entrent pas en compte pour l'évaluation des revenus professionnels, dans les charges déductibles pour la détermination du revenu net global servant de base audit impôt.

En ce qui concerne les cotisations instituées par application de l'article L. 612-13, le décret prévu à l'article L. 613-20 fixe, le cas échéant, dans quelle proportion elles sont admises dans les charges déductibles au sens de l'alinéa précédent.

Article L612-7

Les taux des cotisations d'assurance maladie assises sur les avantages de retraite des travailleurs indépendants sont réduits à concurrence des recettes supplémentaires procurées à la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles par application des dispositions prévues aux articles L. 613-4 et L. 613-7.

Article L612-8

Les assurés retraités ainsi que leurs ayants droit bénéficiant d'une pension de réversion, dont les revenus n'excèdent pas un montant fixé chaque année par décret, sont exonérés du versement de leurs cotisations sur leur allocations ou pensions.

Les pensions d'invalidité sont exonérées de cotisations dans les conditions fixées par décret.

Section 3 : Recouvrement - Contrôle

Article L612-9

Les cotisations sont recouvrées selon des modalités fixées par décret.

Article L612-10

Les articles L. 243-8 à L. 243-11, les articles L. 243-13, L133-5-5, L. 256-4 et L. 377-2 sont applicables, dans des conditions fixées par décret, au régime institué par le présent titre.

Article L612-11

Les dispositions des articles L. 243-4 à L. 243-6 et de l'article L. 243-6-2 sont applicables, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'Etat, au paiement des cotisations prévues par le présent chapitre.

Section 4 : Contentieux et pénalités.

Article L612-12

Les dispositions du chapitre 4 du titre IV du livre II sont applicables, sous réserve d'adaptations par décret en Conseil d'Etat, au paiement des cotisations prévues par le présent chapitre.

Les dispositions des articles L. 637-1 et L. 637-2 sont applicables au régime institué par le présent titre.

Section 5 : Dispositions diverses.

Article L612-13

La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8, dans des conditions déterminées par décret.

Les cotisations supplémentaires dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret et sont calculées dans la limite d'un plafond fixé par décret.

Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré.

Si l'équilibre financier entre cotisations supplémentaires et prestations supplémentaires versées par les caisses de base est rompu, la caisse nationale est tenue de proposer, après avis de la section professionnelle intéressée de son conseil d'administration, soit une augmentation des cotisations, soit une diminution des prestations ; en cas de carence de sa part, il y est pourvu d'office par décret.

Les dispositions de l'article L. 613-8 sont applicables au service des prestations supplémentaires.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 3 : Champ d'application et protection maladie

Section 1 : Généralités

Sous-section 1 : Champ d'application.

Article L613-1

Sont obligatoirement affiliés au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles :

1° les travailleurs indépendants relevant des groupes de professions mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et ceux qui relèvent de la caisse nationale des barreaux français, mentionnée à l'article L. 723-1, soit :

- a. le groupe des professions artisanales ;
- b. le groupe des professions industrielles et commerciales, y compris les débitants de tabacs ;
- c. le groupe des professions libérales, y compris les avocats ;

2° et 3° (abrogés)

4° sous réserve des dispositions de l'article L. 311-2 et du 11° de l'article L. 311-3, le conjoint associé qui participe à l'activité de l'entreprise artisanale ou commerciale ;

5° l'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ;

6° Les personnes bénéficiaires de l'agrément prévu à l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles ;

7° Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur à un montant fixé par décret ;

8° Les personnes exerçant une activité de location directe ou indirecte de locaux d'habitation meublés ou destinés à être loués meublés à titre professionnel au sens du 2 du IV de l'article 155 du code général des impôts, à l'exclusion de celles relevant de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime.

Article L613-2

Ne sont pas affiliées au régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles :

1°) les personnes exerçant ou ayant exercé, à titre exclusif, une activité non salariée entraînant soit leur affiliation à un régime obligatoire légal ou réglementaire de sécurité sociale de salariés, soit le bénéfice du régime des avantages sociaux complémentaires accordés aux praticiens et auxiliaires médicaux et aux bénéficiaires de l'article L. 371-1 ;

2° Sauf option contraire de leur part, les personnes qui se trouvent dans une situation impliquant leur assujettissement obligatoire aux assurances sociales du régime général en application de la section 5 du chapitre Ier du titre VIII du livre III ;

3° Sauf option contraire de leur part, les personnes qui, à la date de début de l'activité non salariée, sont affiliées aux assurances sociales du régime général en application de la section 3 du même chapitre Ier. Si l'option prévue au présent 3° n'a pas été exercée, ces personnes sont affiliées au régime mentionné au premier alinéa à compter du lendemain du dernier jour de l'année d'affiliation aux assurances sociales du régime général au cours de laquelle cette activité non salariée a débuté.

L'option prévue aux 2° et 3° du présent article est exercée dans des conditions fixées par décret.

Sous-section 2 : Situations particulières.

Article L613-4

Sous réserve de l'article L. 613-2, les personnes exerçant simultanément plusieurs activités dont l'une relève de l'assurance obligatoire des travailleurs non salariés des professions non agricoles sont affiliées et cotisent simultanément aux régimes dont relèvent ces activités.

Article L613-7

Les personnes bénéficiaires d'un avantage de retraite ou d'une pension d'invalidité, exerçant une activité professionnelle, sont affiliées et cotisent simultanément au régime d'assurance maladie dont relève leur avantage ou leur pension et à celui dont relève leur activité.

La prise en charge des frais de santé est assurée par l'un ou l'autre de ces régimes, selon des modalités définies par décret.

Sous-section 4 : Droit aux prestations.

Article L613-8

Pour bénéficier, le cas échéant, du règlement des prestations en espèces pendant une durée déterminée, l'assuré doit justifier d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations et être à jour de ses cotisations annuelles dans des conditions fixées par décret. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le bénéfice des prestations qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à

compter de la date d'échéance. Cependant, en cas de paiement plus tardif, il peut, dans un délai déterminé, faire valoir ses droits aux prestations, mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée avant l'expiration du même délai.

Lorsque le tribunal arrête un plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire en application du livre VI du code de commerce ou lorsque la commission des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale et de l'assurance chômage ou la commission de recours amiable de la caisse du régime social des indépendants accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux prestations à compter du prononcé du jugement ou de la prise de décision desdites commissions, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours.

L'assuré dont l'entreprise a fait l'objet d'une liquidation judiciaire et qui ne remplit plus les conditions pour relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire peut bénéficier à compter du jugement de liquidation judiciaire des dispositions de l'article L. 161-8.

L'assuré qui devient titulaire d'une allocation ou d'une pension de vieillesse et dont les cotisations dues au régime obligatoire d'assurance maladie au titre de la période d'activité professionnelle non salariée non agricole ont été admises en non-valeur peut faire valoir son droit aux prestations.

L'assuré qui reprend une activité non salariée non agricole postérieurement à une liquidation judiciaire clôturée pour insuffisance d'actif et à une admission en non-valeur des cotisations dues peut faire valoir son droit aux prestations à compter du début de sa nouvelle activité, dans les conditions prévues aux alinéas précédents, à la condition de ne pas avoir fait l'objet d'un précédent jugement de clôture pour insuffisance d'actif. Les cotisations visées dans ce cas sont celles dues par l'assuré, au titre de la reprise d'une activité non salariée non agricole.

Article L613-9

Les prestations servies par le régime d'assurance maladie et d'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles comportent des prestations de base communes à l'ensemble des groupes professionnels mentionnés au 1° de l'article L. 613-1, et, éventuellement, des prestations supplémentaires propres à un ou plusieurs de ces groupes.

Section 2 : Dispositions relatives aux soins - Contrôle médical

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L613-12

Les articles L. 160-7 et L. 160-10, le chapitre II du titre VI du livre Ier et les articles L. 314-1 et L. 324-1 sont applicables au régime institué par le présent titre selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 3 : Contrôle médical.

Article L613-13

Les caisses de base mentionnées à l'article L. 611-3 assurent le contrôle médical dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. A cet effet, elles peuvent, le cas échéant, passer convention avec un autre organisme de sécurité sociale.

Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-2-1 sont applicables au régime social des indépendants.

Section 3 : Prestations de base

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article L613-14

La prise en charge des frais de santé des ressortissants du régime institué au présent livre est assurée, en cas de maladie, de maternité ou d'accident, dans les conditions définies aux articles L. 160-7 à L. 160-15 et L. 332-2

Les assurés malades ou blessés de guerre, relevant du présent livre, qui bénéficient, au titre de la législation des pensions militaires, d'une pension d'invalidité sont dispensés pour eux personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires.

Sous-section 2 : Dispositions particulières relatives à l'assurance maternité

Article L613-19

Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime institué par le présent titre bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité.

Lorsqu'elles cessent toute activité professionnelle pendant une durée minimale, dont une partie doit immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement, les assurées reçoivent également une indemnité journalière forfaitaire. Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol bénéficient de l'indemnité journalière forfaitaire à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Les assurés qui relèvent à titre personnel du régime institué par le présent titre bénéficient des allocations prévues par le présent article à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption

par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption. Ces allocations sont également accordées aux titulaires de l'agrément mentionné à l'article L. 225-2 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'ils adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français. Les allocations sont servies dans les conditions suivantes :

1°) l'allocation forfaitaire prévue au premier alinéa est due pour sa moitié ;

2°) l'indemnité journalière est due pour la ou les périodes d'interruption d'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale aux trois quarts de celle qui est prévue en cas de maternité. La durée d'indemnisation peut faire l'objet d'une répartition entre les parents adoptants dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 331-7. Dans ce cas, la durée maximale d'indemnisation est augmentée et fractionnable selon les modalités prévues au même alinéa.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au premier alinéa, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au deuxième alinéa, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.

Les montants des prestations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées pour le plafond prévu à l'article L. 241-3.

Article L613-19-1

Les conjointes collaboratrices mentionnées au registre du commerce et des sociétés, au registre des entreprises tenu par les chambres de métiers d'Alsace et de la Moselle ou au répertoire des métiers ainsi que les conjointes des personnes mentionnées au 5° de l'article L. 613-1 et les conjointes des membres des professions libérales relevant du régime institué par le présent titre qui remplissent les conditions de collaboration professionnelle définies par décret bénéficient, à l'occasion de leurs maternités :

-de l'allocation forfaitaire de repos maternel mentionnée au premier alinéa de l'article L. 613-19 ;

-lorsqu'elles font appel à du personnel salarié pour se faire remplacer dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'elles effectuent habituellement, d'une indemnité complémentaire proportionnelle à la durée et au coût de ce remplacement.

Les conjoints collaborateurs remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa bénéficient également, à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption, des allocations prévues par le présent article dans les conditions suivantes :

1° L'allocation forfaitaire de repos maternel est due pour sa moitié ;

2° L'allocation de remplacement est due pour la ou les périodes de remplacement se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale à la moitié de celle qui est prévue en cas de maternité. La durée d'indemnisation peut faire l'objet d'une répartition entre les parents adoptants dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 331-7. Dans ce cas, la durée maximale d'indemnisation est augmentée et fractionnable selon les modalités prévues au même alinéa.

Ces allocations sont également accordées aux titulaires de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2 à L. 225-7 et L. 225-18 ou L. 225-15 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'ils adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français.

Le montant maximal de l'allocation de remplacement est revalorisé dans les mêmes conditions que celles fixées par les articles L. 141-3 et L. 141-4 du code du travail pour le salaire minimum de croissance.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au deuxième alinéa, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au troisième alinéa, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.

Article L613-19-2

Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, lorsqu'ils relèvent à titre personnel du régime institué au présent titre bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 613-19.

Le père conjoint collaborateur remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 613-19-1 ainsi que, le cas échéant, le conjoint collaborateur de la mère autre que le père remplissant les mêmes conditions bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa dudit article.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée d'attribution des prestations.

Article L613-19-3

En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sans qu'il soit fait application des conditions prévues à l'article L. 613-8. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité journalière prévue aux articles L. 613-19 et L. 613-19-1, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle pendant cette durée, et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.

Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans des conditions fixées par décret.

Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

Section 4 : Prestations supplémentaires.

Article L613-20

Les prestations supplémentaires sont instituées, modifiées ou supprimées par décret pris sur proposition faite, à la majorité des membres élus d'une ou plusieurs sections professionnelles du conseil d'administration de la Caisse nationale.

Les prestations supplémentaires peuvent être communes à plusieurs groupes professionnels si les sections professionnelles représentant ces groupes et statuant à la majorité ci-dessus définie, en font la demande. Dans ce cas, l'équilibre financier est assuré dans le cadre de l'ensemble des groupes intéressés.

Les prestations supplémentaires sont choisies parmi les catégories de prestations figurant au 1° de l'article L. 321-1 ou consistent soit en l'octroi, dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues au 5° du même article et au 2° de l'article L. 431-1, soit en une réduction de la participation de l'assuré aux tarifs servant au calcul du remboursement des prestations de base, sans que cette participation puisse être inférieure à celle prévue à l'article L. 322-2.

Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1, le bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable.

La charge des prestations supplémentaires est couverte par des cotisations supplémentaires, dans les conditions précisées à l'article L. 612-13.

Section 6 : Dispositions diverses.

Article L613-21

Les dispositions des articles L. 217-1, L. 160-11, L. 375-1 et L. 376-1 à L. 376-4 sont applicables aux assurés et organismes relevant du présent titre.

Article L613-22

Sont résiliés de plein droit, à compter de la date où les risques sont couverts par application du présent titre, tous contrats en cours assurant lesdits risques.

Au cas où la garantie résultant desdits contrats serait supérieure à celle qu'assure le régime, le maintien en vigueur du contrat devra donner lieu à l'établissement d'un avenant et à une réduction de prime.

Les primes afférentes aux risques qui ne sont plus assurés seront remboursées.

Article L613-23

En matière de droits de timbre et d'enregistrement, l'exonération des pièces relatives à l'application du présent titre est régie par l'article 1069-I du code général des impôts. Cette exonération s'étend à la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 4 : Contentieux

Section 1 : Contentieux.

Article L614-1

Les différends nés de l'application du présent titre sont soumis aux juridictions mentionnées aux chapitres 2 à 4 du titre IV du livre Ier.

Les dispositions du chapitre 5 du titre IV du livre Ier et du chapitre 7 du titre VII du livre III sont applicables à l'occasion des soins dispensés et des prestations servies aux bénéficiaires du présent titre.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 2 : Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse

Chapitre 1er : Dispositions institutionnelles.

Article L621-1

Il est institué un régime d'assurance vieillesse applicable aux personnes non salariées ou assimilées, dans les conditions déterminées par les titres II, III et IV du présent livre.

Article L621-2

Le service des prestations de vieillesse est assuré par des organisations autonomes fonctionnant pour un ou plusieurs des groupes professionnels définis à l'article L. 621-3 et comportant éventuellement une caisse nationale, des caisses locales ou régionales ou des sections professionnelles.

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée, la structure des organisations, leurs règles de fonctionnement ainsi que le mode d'élection des membres des conseils d'administration de leurs caisses ou sections de caisses.

Article L621-3

Les groupes professionnels mentionnés à l'article L. 621-2 sont :

1° Le groupe des professions artisanales ;

2° Le groupe des professions industrielles et commerciales ;

3° Le groupe des professions libérales ;

4° Le groupe des professions agricoles.

Sur proposition de ces régimes, des décrets en Conseil d'Etat pourront décider la fusion de plusieurs d'entre eux.

Article L621-4

Un décret définit la notion d'activité principale mentionnée à l'article L. 622-1.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 2 : Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse

Chapitre 2 : Champ d'application, affiliation.

Article L622-1

Lorsqu'une personne exerce simultanément plusieurs activités professionnelles non salariées dépendant de régimes d'assurance vieillesse distincts, elle est affiliée au régime d'assurance vieillesse dont relève son activité principale. Lorsqu'une personne exerce simultanément une activité non salariée agricole et une activité entrant dans le champ d'application du régime prévu à l'article L. 133-6-8, elle est affiliée, cotise et ouvre droit aux avantages d'assurance vieillesse simultanément auprès des régimes dont relèvent ces activités.

Lorsqu'une personne a exercé simultanément plusieurs activités professionnelles non salariées dépendant de régimes d'assurance vieillesse distincts, l'allocation est à la charge du régime d'assurance vieillesse dont relevait ou aurait relevé son activité principale. Toutefois, les personnes admises à percevoir une demi-allocation agricole et une demi-allocation d'un autre régime non salarié continueront à recevoir ces deux demi-allocations jusqu'à ce qu'elles soient appelées à percevoir une allocation intégrale du régime dont relève leur activité principale.

Article L622-2

Lorsqu'une personne exerce simultanément une activité salariée et une activité non salariée, elle est affiliée à l'organisation d'assurance vieillesse dont relève son activité non salariée, même si cette activité est exercée à titre accessoire, sans préjudice de son affiliation au régime des travailleurs salariés. Lorsqu'une personne a cotisé simultanément à un régime de sécurité sociale en tant que salariée et à un autre régime en tant que non-salariée, les avantages qui lui sont dus au titre de ses cotisations se cumulent.

Article L622-3

Les professions artisanales groupent les chefs des entreprises individuelles, les gérants et associés non salariés des entreprises exploitées sous forme de société, immatriculés au répertoire des métiers ou susceptibles d'être assujettis à cette immatriculation ainsi que toutes les personnes qui, lors de leur dernière activité professionnelle, dirigeaient en une de ces qualités une entreprise dont l'activité et la dimension auraient été de nature à provoquer cette immatriculation si celle-ci avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité.

Toutefois, les professions qui ont été rattachées à un groupe mentionné à l'article L. 621-3 par des décrets antérieurs au 15 juillet 1962 le demeurent.

Un décret fixera les conditions d'application du présent article dans les départements de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin.

Article L622-4

Les professions industrielles et commerciales groupent toutes les personnes dont l'activité professionnelle comporte soit l'inscription au registre du commerce, soit l'assujettissement à la contribution économique territoriale en tant que commerçant, ou dont la dernière activité professionnelle aurait été de nature à provoquer cette inscription ou l'assujettissement à la patente ou à la contribution économique territoriale s'il avait été obligatoire à l'époque où les intéressés ont exercé cette activité à l'exception des personnes exerçant une activité professionnelle qui relève à titre obligatoire du régime spécial de sécurité sociale des marins. Sous réserve des dispositions du 1° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, sont également affiliés au groupe des professions industrielles et commerciales les loueurs de chambres d'hôtes mentionnées à l'article L. 324-3 du code du tourisme dont le revenu imposable de l'activité est supérieur à un montant fixé par décret.

Article L622-5

Les professions libérales groupent les personnes exerçant l'une des professions ci-après ou dont la dernière activité professionnelle a consisté dans l'exercice de l'une de ces professions :

1°) médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, architecte, expert-comptable, vétérinaire ;

2°) notaire, huissier de justice, personne ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire habilité à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article L. 321-4 du code de commerce, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, greffier, expert devant les tribunaux, personne bénéficiaire de l'agrément prévu par l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles, courtier en valeurs, arbitre devant le tribunal de commerce, artiste non mentionné à l'article L. 382-1, ingénieur-conseil, auxiliaire médical, agent général d'assurances ;

3°) et d'une manière générale, toute personne autre que les avocats, exerçant une activité professionnelle non-salariée et qui n'est pas assimilée à une activité salariée pour l'application du livre III du présent code, lorsque cette activité ne relève pas d'une autre organisation autonome en vertu des articles L. 622-3, L. 622-4, L. 622-6 ou d'un décret pris en application de l'article L. 622-7.

Pour des raisons impérieuses de sécurité, les moniteurs de ski titulaires d'un brevet d'Etat ou d'une autorisation d'exercer, organisés en association ou en syndicat professionnel pour la mise en oeuvre de leur activité, sont considérés comme exerçant une activité non salariée relevant du régime des travailleurs indépendants et ce, quel que soit le public auquel ils s'adressent.

Article L622-6

Les professions agricoles groupent les personnes non salariées désignées à l'article 1107 du code rural.

Article L622-7

Des décrets pris après consultation du conseil d'administration de la caisse nationale intéressée classent dans l'un des quatre groupes mentionnés à l'article L. 621-3 *professions artisanales, industrielles et commerciales, libérales et agricoles*, les activités professionnelles non salariées qui ne sont pas énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-6.

Article L622-8

Sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 311-2 et L. 311-6 du présent code, le conjoint collaborateur et le conjoint associé mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce sont affiliés personnellement au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales auquel le chef d'entreprise est affilié.

Article L622-9

L'associé unique des entreprises unipersonnelles à responsabilité limitée est affilié au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales sauf si l'activité qu'il exerce est de nature agricole au sens de l'article 1144 du code rural.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 2 : Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse

Chapitre 3 : Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse.

Article L623-1

Pour les professions non agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application des titres II, III et IV du présent livre et sous réserve des dispositions particulières dudit livre, les articles L. 211-7, L. 216-1, L. 114-10, L. 231-5, L. 231-6-1 (1°), L. 231-12, L. 243-4, L. 243-5 et L. 243-6-2, L. 243-9 et L. 243-11, L. 133-5-5, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-14, L. 256-3, L. 272-1 et L. 272-2, L. 273-1, L. 281-1, L. 281-3, L. 353-3, L. 355-2, L. 355-3 et L. 377-2.

Section 1 : Organisation financière.

Article L623-2

Les caisses procèdent au recouvrement des cotisations ; en cas de défaillance, les caisses des trois premiers groupes mentionnés à l'article L. 621-3 peuvent demander à l'autorité administrative de faire procéder au recouvrement des cotisations dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Section 5 : Contrôle de l'administration - Dispositions diverses.

Article L623-4

Un décret fixe les conditions dans lesquelles les organisations autonomes mentionnées à l'article L. 621-2 remboursent, au budget général, une fraction des frais de fonctionnement des services administratifs de la sécurité sociale du ministère chargé de la sécurité sociale et du ministère chargé de l'agriculture.

Article L623-6

Les caisses des organisations autonomes mentionnées à l'article L. 621-2 peuvent si elles l'estiment nécessaire, avant décision d'attribution ou de refus d'allocation, demander aux administrations fiscales tous renseignements relatifs aux ressources du requérant.

La communication aux caisses mentionnées ci-dessus des renseignements nécessaires pour instruire les demandes tendant à l'attribution d'allocation de vieillesse est régie par les dispositions de l'article L. 156 du livre des procédures fiscales.

Les membres des conseils d'administration de ces caisses, ainsi que leur personnel, sont tenus au secret professionnel dans les termes des articles 226-13 et 226-14 du code pénal et passibles des peines prévues audit article.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 3 : Dispositions communes en matière d'organisation administrative et financière

Section 2 : Organisation financière - Cotisations.

Article L633-9

La couverture des charges des régimes d'assurance vieillesse mentionnés à la section 1 est assurée par :

1°) les cotisations des assurés ;

2°) les versements à intervenir au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;

3°) Une dotation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche, dans les conditions fixées à l'article L. 134-11-1 ;

4°) une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.

Article L633-10

Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8.

Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont assises pour partie sur le revenu d'activité, dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3, et pour partie sur la totalité du revenu d'activité. La somme des taux de ces cotisations est égale à la somme des taux fixés en application des deuxième et avant-dernier alinéas du même article L. 241-3. Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

Les cotisations du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande :

1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu d'activité du chef d'entreprise ;

2° Soit, avec l'accord du chef d'entreprise, sur une fraction du revenu d'activité de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6, du revenu d'activité du chef d'entreprise pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation d'assurance vieillesse.

Les dispositions de l'article L. 131-6-1 sont applicables aux cotisations dues par le conjoint collaborateur, sur sa demande ou sur celle du chef d'entreprise. Elles ne sont pas applicables au conjoint adhérent, à la date d'entrée en vigueur de l'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles, en application des dispositions de l'article L. 742-6.

Article L633-11

Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 633-10 peut demander la prise en compte, par le régime prévu au titre Ier du présent livre, de périodes d'activité, sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment :

- les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;
- le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ;
- les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs.

Article L633-11-1

Sont applicables aux branches d'assurance vieillesse du régime social des indépendants et aux personnes assujetties, sous réserve d'adaptations par décret, les dispositions des articles L. 243-6, L. 243-8 et L. 256-4.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 4 : Prestations.

Article L634-1

Il est établi un alignement des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sur le régime général de sécurité sociale, en attendant l'institution d'un régime de base unique en matière d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et non salariés et de leurs conjoints.

Section 1 : Généralités.

Article L634-2

Sous réserve d'adaptation par décret, les prestations des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies au deuxième alinéa de l'article L. 341-15, du premier au quatrième alinéas de l'article L. 351-1, à l'article L. 351-1-2, au premier alinéa de l'article L. 351-2, à l'article L. 351-3 à l'exception du 7°, aux articles L. 351-4 à L. 351-4-2, L. 351-6, L. 351-7 à L. 351-10-1, L. 351-12, L. 351-13, L. 353-1 à L. 353-6, au deuxième alinéa de l'article L. 355-1 et à l'article L. 355-2 .

Lorsqu'il est fait application des dispositions du 2° de l'article L. 633-10, les dispositions de l'article L. 351-10 s'appliquent au total des droits acquis par les deux conjoints.

Article L634-2-1

I.-Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, il est retenu un nombre de trimestres d'assurances inférieur à quatre par année civile d'exercice, à titre exclusif, d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré est autorisé à effectuer un versement complémentaire de cotisations.

En cas de cessation d'activité, l'assuré est autorisé à effectuer, au cours de l'année de la cessation, le versement complémentaire afférent à la cotisation de l'année régularisée.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

II.-Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, moins de quatre trimestres d'assurance sont validés au titre d'une année civile d'exercice d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré peut demander la validation d'un trimestre par période de quatre-vingt-dix jours d'affiliation continue ou non au cours de cette année civile aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Le bénéfice des dispositions ci-dessus est subordonné :

- a) A une durée minimale d'affiliation aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales fixée par décret ; ce décret fixe également le nombre maximum de trimestres qui peuvent être validés par l'assuré en fonction de sa durée d'affiliation à ces régimes et les modalités particulières de prise en compte de cette durée lorsqu'elle est en tout ou partie antérieure au 1er janvier 2009 ;
- b) Au versement, dans un délai fixé par décret, d'une cotisation qui ne peut être inférieure au minimum de cotisation prévu au premier alinéa de l'article L. 351-2.

L'application des dispositions ci-dessus ne peut avoir pour effet de porter le total des trimestres validés par l'assuré au titre de l'année considérée au-delà du nombre de périodes de quatre-vingt-dix jours accomplies durant cette année.

La validation est accordée à tout assuré respectant les conditions fixées au présent II.

Ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus :

1° Les associés ou commandités, gérants ou non, d'une entreprise exploitée sous forme de société dès lors qu'au titre de l'année considérée les revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qu'eux-mêmes, leur conjoint, ou leur partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité et leurs enfants mineurs non émancipés ont perçus de ladite entreprise excèdent un seuil fixé par décret ;

2° Les assurés qui ne sont pas à jour des obligations déclaratives ou de paiement relatives à leurs cotisations et contributions personnelles et, le cas échéant, de celles relatives aux cotisations et contributions afférentes aux gains et rémunérations de leurs salariés ; toutefois, la condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que les intéressés, d'une part, ont souscrit et respectent un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquittent les cotisations en cours à leur date d'exigibilité ;

3° Les conjoints ou partenaires collaborateurs et les assurés mentionnés à l'article L. 742-6, au titre de l'année ou de la fraction d'année durant laquelle ils avaient cette qualité.

Les assurés ayant validé moins de quatre trimestres d'assurance au titre d'une année pour laquelle leurs cotisations et celles de leur conjoint ou partenaire collaborateur ont été déterminées compte tenu du 2° de l'article L. 633-10 ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus, au titre de ladite année, que si leur revenu professionnel était inférieur au revenu minimum exigé pour la validation de quatre trimestres.

Le financement des validations instituées par le présent article est assuré par une fraction des cotisations d'assurance vieillesse des régimes concernés. Ces opérations font l'objet d'un suivi comptable spécifique dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les trimestres validés au titre du présent II ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Article L634-2-2

I.-Sont prises en compte par les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance :

1° Les périodes d'études accomplies dans les établissements, écoles et classes mentionnés à l'article L. 381-4 lorsque le régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou celui des professions industrielles et commerciales est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un Etat membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ;

2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation à l'assurance vieillesse du régime des professions artisanales ou à celui des professions industrielles et commerciales à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu, en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, un nombre de trimestres inférieur à quatre.

II.-Par dérogation aux conditions prévues au I, le montant du versement de cotisations prévu pour la prise en compte des périodes mentionnées au 1° du même I peut être abaissé par décret pour les périodes de formation initiale, dans des conditions et limites tenant notamment au délai de présentation de la demande, fixé à dix ans à compter de la fin des études, et au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique.

Article L634-3

Les prestations afférentes aux périodes d'assurance ou d'activité professionnelle non salariée ou périodes assimilées antérieures au 1er janvier 1973 demeurent calculées, liquidées et servies dans les conditions définies par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au 31 décembre 1972, sous réserve d'adaptation par décret.

Les coefficients de revalorisation mentionnés à l'article L. 634-5 sont applicables aux prestations contributives mentionnées au présent article.

Article L634-3-1

Les prestations visées aux articles L. 634-2 et L. 634-3 peuvent être liquidées et servies dans les conditions prévues aux articles L. 351-15 et L. 351-16 lorsque l'assuré justifie d'une activité à temps partiel exercée à titre exclusif et relevant du régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou du régime des professions industrielles et commerciales, dans des conditions fixées par décret et relatives, notamment, à la diminution des revenus professionnels.

Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des pensions de vieillesse.

Article L634-3-2

L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes.

Article L634-3-3

La condition d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Article L634-4

Le revenu annuel moyen servant de base au calcul de la pension est défini par décret en Conseil d'Etat.

Article L634-5

Les pensions ou rentes versées par les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales ainsi que les revenus servant de base au calcul de ces pensions ou rentes sont revalorisés, par arrêté interministériel, aux mêmes dates et selon les mêmes taux que ceux fixés dans le régime général de sécurité sociale.

Section 3 : Service des pensions de vieillesse.

Article L634-6

Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-22 ne font pas obstacle à l'exercice par l'assuré d'une activité relevant des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales et procurant des revenus inférieurs à des seuils adaptés selon les zones géographiques concernées et déterminés dans des conditions fixées par décret.

Lorsque l'assuré reprend une activité mentionnée au premier alinéa lui procurant des revenus supérieurs à ceux prévus au même alinéa, il en informe la caisse compétente et la pension servie par ce régime est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret.

Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;

b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.

La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.

Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-22 ne sont pas opposables à l'assuré qui demande le bénéfice de sa pension au titre de l'article L. 634-3-1.

Article L634-6-1

Les assurés qui transmettent leur entreprise sont autorisés à y poursuivre l'exercice d'une activité rémunérée sans que celle-ci fasse obstacle au service de prestations de vieillesse liquidées par un régime obligatoire.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment l'âge avant lequel doit intervenir la transmission de l'entreprise et la durée du cumul entre la pension et les revenus d'activité. Il comporte en outre des dispositions spécifiques aux activités de tutorat rémunérées exercées conformément à l'article L. 129-1 du code de commerce.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 5 : Régimes complémentaires d'assurance vieillesse - Régimes d'assurance invalidité-décès

Section 1 : Régime complémentaire d'assurance vieillesse.

Article L635-1

Toute personne relevant de l'une des organisations mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 621-3, y compris lorsque l'adhésion s'effectue à titre volontaire ou en vertu du bénéfice d'une pension d'invalidité, bénéficie d'un régime de retraite complémentaire obligatoire auquel elle est d'office affiliée.

Le régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales assure au bénéfice des personnes affiliées l'acquisition et le versement d'une pension exprimée en points. Le montant annuel de la pension individuelle de droit direct servie par ces régimes est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. La valeur de service du point peut être différenciée suivant la date d'acquisition des points et la date de prise d'effet de la pension, ainsi que pour les points attribués antérieurement à la création du régime ou convertis lors de sa transformation. Elle peut également, s'agissant des points issus de la conversion mentionnée au second alinéa du I de l'article 57 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, être différenciée suivant le régime d'affiliation antérieur.

La couverture des charges est assurée par des cotisations calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base.

Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont calculées, dans la limite d'un plafond fixé par décret, sur la base de tranches de revenu d'activité déterminées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Un décret peut prévoir, sous certaines conditions, que ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant qu'il fixe.

L'équilibre financier du régime est assuré par ses seules ressources. Un décret détermine les règles de pilotage du régime, et notamment les conditions dans lesquelles le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants formule à échéance régulière, au ministre chargé de la sécurité sociale, des règles d'évolution des paramètres permettant de respecter des critères de solvabilité.

Article L635-2

Les possibilités de rachat ouvertes dans le régime de base par l'article L. 634-2-1 sont également ouvertes dans le régime complémentaire obligatoire visé à l'article L. 635-1. Un décret précise ces modalités de rachat.

Article L635-3

Les conditions d'attribution et de service des prestations dues aux assurés et à leurs conjoints survivants au titre du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales sont précisées par un règlement de la caisse nationale compétente approuvé par arrêté ministériel. Ce règlement détermine notamment les conditions dans lesquelles les pensions sont revalorisées et fixe les principes de fonctionnement et de gestion financière du régime complémentaire ainsi que la nature et les modalités d'attribution des prestations servies par son fonds d'action sociale.

Article L635-4

Les chauffeurs de taxi non salariés ayant adhéré, dans le cadre de la loi n° 56-659 du 6 juillet 1956 sur l'assurance vieillesse des chauffeurs de taxis, à l'assurance volontaire du régime général de sécurité sociale sont affiliés au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales. Un décret, pris après avis du conseil d'administration de la section professionnelle des artisans de la Caisse nationale du régime social des indépendants, fixe les conditions d'application du présent article et notamment les modalités de validation des périodes d'activité ou assimilées, antérieures à sa date d'entrée en vigueur.

Section 2 : Régimes d'assurance invalidité-décès

Article L635-5

Les régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales attribuent aux personnes affiliées une pension d'invalidité en cas d'invalidité totale ou partielle, médicalement constatée par le service du contrôle médical des caisses. La pension d'invalidité prend fin à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail par le régime concerné.

Les cotisations aux régimes obligatoires d'assurance invalidité-décès mentionnés au présent article sont calculées et recouvrées dans les mêmes formes et conditions que les cotisations du régime de base d'assurance vieillesse.

Les cotisations dues par les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret et sont calculées dans la limite d'un plafond fixé par décret.

Article L635-6

Les conditions d'attribution, de révision, et les modalités de calcul, de liquidation et de service de la pension propres à chacun des régimes sont déterminées par un règlement de la caisse nationale compétente approuvé par arrêté ministériel.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 7 : Pénalités.

Article L637-1

Les personnes condamnées en application de l'article L. 114-18 ou de l'article L. 652-7 sont inéligibles pour une durée de six ans :

-aux chambres de commerce et d'industrie territoriales ;

-aux chambres des métiers ;

-aux conseils d'administration des caisses d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Article L637-2

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 244-4, le juge peut prononcer les peines d'inéligibilité et d'incapacité prévues à cet article dès la première condamnation pour non-paiement des cotisations dues aux régimes mentionnés au présent titre.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 1 : Organisation administrative

Article L641-1

L'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales comprend une caisse nationale et des sections professionnelles, dotées de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

La compétence territoriale des sections professionnelles est nationale.

Section 1 : Caisse nationale.

Article L641-2

I.-La Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales a pour rôle :

- 1° D'assurer la gestion du régime d'assurance vieillesse de base des professionnels libéraux et la gestion des réserves du régime, dans les conditions prévues au présent titre. Elle établit à cette fin le règlement du régime de base, qui est approuvé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- 2° D'animer et de coordonner l'action des sections professionnelles ;
- 3° D'exercer une action sociale et d'assurer la cohérence de l'action sociale des sections professionnelles ;
- 4° De coordonner et d'assurer la cohésion de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales, de donner son avis aux administrations intéressées au nom de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales et de la représenter auprès des pouvoirs publics et des autres organisations de protection sociale ainsi qu'auprès des chambres et des ordres professionnels, associations, syndicats professionnels et de leurs unions et fédérations ou des autres organismes représentatifs ;
- 5° De créer tout service d'intérêt commun à l'ensemble des sections professionnelles ou à certaines d'entre elles ;
- 6° De s'assurer des conditions de maîtrise des risques pour la gestion du régime de base par les sections professionnelles ;
- 7° D'assurer la cohérence et la coordination des systèmes d'information des membres de l'organisation mentionnée à l'article L. 641-1.

Le conseil d'administration de la caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées aux 1° à 7°, un pouvoir de contrôle sur les sections professionnelles. Il est saisi pour avis, dans le cadre de ses compétences, de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier du régime

d'assurance vieillesse de base, des régimes de retraite complémentaire et des régimes d'assurance invalidité-décès des professions libérales, dans les conditions prévues à l'article L. 200-3.

Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.

Article L641-3

L'autorité compétente de l'Etat est représentée au conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales par un commissaire du Gouvernement.

En cas de faute lourde dûment constatée commise par le directeur ou le comptable, l'autorité compétente de l'Etat peut, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, mettre fin aux fonctions du directeur ou du comptable.

Article L641-3-1

I. # Le directeur est nommé par décret, pour une durée de cinq ans renouvelable, sur proposition du conseil d'administration, à partir d'une liste de trois noms établie par le ministre chargé de la sécurité sociale. Avant le terme de son mandat, il ne peut être mis fin à ses fonctions qu'après avis favorable du conseil à la majorité des deux tiers.

II. # Le directeur dirige la caisse nationale. Il recrute le personnel de la caisse nationale et a autorité sur lui.

III. # L'agent comptable est nommé par le conseil d'administration de la caisse nationale.

Article L641-4

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales est administrée par un conseil d'administration composé des présidents de ses sections professionnelles et de six représentants des organisations syndicales interprofessionnelles des professions libérales.

Chaque président de section peut être suppléé par un membre du conseil d'administration de sa section professionnelle.

Chaque président de section ou, le cas échéant, son suppléant dispose d'un nombre de voix fixé annuellement par le conseil d'administration de la caisse nationale en fonction du nombre de personnes immatriculées dans chaque section professionnelle.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les conditions de désignation des représentants des organisations syndicales et la fixation du nombre de voix de chacun des administrateurs.

Article L641-4-1

I. # L'Etat conclut avec la caisse nationale, pour une période minimale de quatre ans, un contrat pluriannuel comportant des engagements réciproques.

Ce contrat détermine notamment des objectifs de qualité de gestion communs aux régimes de base et aux régimes complémentaires mentionnés aux articles L. 644-1 et L. 644-2. Pour le régime de base, le contrat

détermine des objectifs pluriannuels de gestion et les moyens de fonctionnement dont disposent la caisse nationale et les sections professionnelles pour les atteindre ainsi que les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.

II. # La mise en œuvre du contrat pluriannuel fait l'objet de contrats de gestion conclus entre la caisse nationale et chacune des sections professionnelles.

III. # Un décret en Conseil d'Etat détermine la périodicité, le contenu et les signataires du contrat pluriannuel et des contrats de gestion.

Section 2 : Sections professionnelles.

Article L641-5

Les sections professionnelles sont instituées par décret en Conseil d'Etat.

Elles peuvent, dans les conditions prévues par un règlement élaboré par la caisse nationale et approuvé par décret, exercer une action sociale.

Les statuts des sections professionnelles, conformes aux statuts types approuvés par décret, sont soumis à l'approbation du conseil d'administration de la caisse nationale.

Ils sont réputés approuvés à défaut d'opposition par le ministre chargé de la sécurité sociale dans un délai d'un mois à compter de leur réception.

Article L641-6

En cas de faute lourde dûment constatée commise par le directeur ou le comptable, l'autorité compétente de l'Etat peut, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, mettre fin aux fonctions du directeur ou du comptable.

Article L641-7

I. # Les sections professionnelles peuvent créer entre elles des associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou des groupements d'intérêt économique. La création d'une telle association ou d'un tel groupement d'intérêt économique fait l'objet d'une convention constitutive, qui doit être approuvée par les conseils d'administration des sections concernées et par l'autorité compétente de l'Etat.

L'association ou le groupement d'intérêt économique est dirigé par un directeur, choisi parmi les directeurs des sections concernées, et est doté d'un agent comptable, choisi parmi les agents comptables des dites sections.

II. # Sous réserve d'adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat, les dispositions du présent code applicables aux sections professionnelles sont applicables à leurs groupements.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 2 : Organisation financière

Section 1 : Cotisations.

Article L642-1

Toute personne exerçant une activité professionnelle relevant de l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales est tenue de verser des cotisations destinées à financer notamment :

1° Les prestations définies au chapitre III du présent titre ;

2° Les charges de compensation incombant à cette organisation en application des articles L. 134-1 et L. 134-2.

Le régime de la pension de retraite reçoit une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.

Les charges mentionnées aux 1° et 2° sont couvertes par des cotisations calculées dans les conditions prévues aux articles L. 131-6 à L. 131-6-2 et L. 133-6-8.

Les cotisations dues par les professionnels libéraux ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 sont calculées, dans la limite d'un plafond fixé par décret, sur la base de tranches de revenu d'activité déterminées par décret. Chaque tranche est affectée d'un taux de cotisation. Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. La cotisation afférente à chaque tranche ouvre droit à l'acquisition d'un nombre de points déterminé par décret.

Un décret fixe le nombre de points attribué aux personnes exonérées de tout ou partie des cotisations en application de l'article L. 642-3.

Article L642-2-1

Les cotisations d'assurance vieillesse du conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce sont calculées, à sa demande :

1° Soit sur un revenu forfaitaire ou sur un pourcentage du revenu professionnel du professionnel libéral ;

2° Soit, avec l'accord du professionnel libéral, sur une fraction du revenu professionnel de ce dernier qui est déduite, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6 du présent code, du revenu du professionnel libéral pris en compte pour déterminer l'assiette de sa cotisation, cette fraction étant appliquée à chacune des tranches prévues à l'article L. 642-1.

Les dispositions des cinquième et avant-dernier alinéas de l'article L. 642-1 sont applicables aux cotisations dues par le conjoint collaborateur, sur sa demande ou celle du professionnel libéral. Elles ne sont toutefois pas applicables au conjoint collaborateur adhérent, à la date d'entrée en vigueur de l'article 15 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles, en application des dispositions de l'article L. 742-6.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Article L642-2-2

Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 642-2-1 peut demander la prise en compte par l'organisation autonome d'assurance vieillesse mentionnée au 3° de l'article L. 621-3 de périodes d'activité, sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment :

- les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;
- le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ;
- les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs.

Article L642-3

Sont exonérées du paiement des cotisations les personnes reconnues atteintes d'une incapacité d'exercice de leur profession pour plus de six mois selon la procédure définie par les statuts de la caisse nationale.

Article L642-4

L'inscription au tableau de l'ordre en qualité d'expert-comptable ou de comptable agréé comporte l'obligation de cotiser au régime complémentaire institué, en application de l'article L. 644-1, au profit des experts-comptables et des comptables agréés, même en cas d'affiliation au régime général de sécurité sociale.

Un décret fixe la répartition des cotisations entre la personne physique ou morale employeur et le professionnel lorsque celui-ci est affilié au régime général de sécurité sociale.

Article L642-4-1

La nomination en qualité de commissaire-priseur judiciaire, de greffier de tribunal de commerce ou d'huissier de justice, l'inscription sur la liste des administrateurs judiciaires ou sur celle des mandataires judiciaires, ainsi que la déclaration en tant que commissaire-priseur de ventes volontaires comportent l'obligation de cotiser au régime complémentaire institué, en application de l'article L. 644-1, au profit de ces professions, même en cas d'affiliation au régime général de sécurité sociale.

Un décret fixe la répartition des cotisations entre la personne physique ou morale employeur et le professionnel lorsque celui-ci est affilié au régime général de sécurité sociale.

Section 2 : Recouvrement.

Article L642-5

Les sections professionnelles assurent, pour le compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, le recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 642-1. Elles transfèrent le produit de ces cotisations à la Caisse nationale selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les sections professionnelles peuvent déléguer par convention aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, qui les exercent pour leur compte, le calcul et l'encaissement des cotisations sociales mentionnées aux articles L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 133-6-8.

Pour le calcul et le recouvrement des cotisations sociales prévues à l'article L. 642-1, les sections professionnelles peuvent recevoir des données transmises par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

La Caisse nationale reverse aux sections professionnelles, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le montant prévisionnel des sommes nécessaires :

- 1° A la gestion administrative du régime de base et à l'action sociale ;
- 2° Au service des prestations prévues au chapitre III du présent titre.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 3 : Affiliation - Prestations de base

Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des prestations de base.

Article L643-1

Le montant de la pension servie par le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales est obtenu par le produit du nombre total de points porté au compte de l'intéressé par la valeur de service du point.

La valeur de service du point est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

Les femmes ayant accouché au cours d'une année civile d'affiliation au régime d'assurance vieillesse des professions libérales bénéficient de points au titre du trimestre civil au cours duquel survient l'accouchement, dans des conditions et limites fixées par décret.

Les personnes ayant exercé leur activité libérale en étant atteintes d'une invalidité entraînant pour elles l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie bénéficient de points supplémentaires, dans des conditions fixées par décret.

La pension de retraite est, le cas échéant, portée au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés en ajoutant aux périodes d'assurance les périodes d'exercice de l'activité libérale antérieures à l'obligation de cotiser, dans des conditions fixées par décret.

Article L643-1-1

Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues aux articles L. 351-4 à L. 351-4-2, adaptées en tant que de besoin par décret pour tenir compte des modalités particulières de calcul de la pension de ce régime.

Article L643-2

I.-Sont prises en compte par le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions, définies par décret, garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance :

1° Les périodes d'études accomplies dans les écoles et classes visées à l'article L. 381-4 lorsque le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un Etat membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ;

2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation au régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu un nombre de trimestres inférieur à quatre.

II.-Par dérogation aux conditions prévues au I, le montant du versement de cotisations prévu pour la prise en compte des périodes mentionnées au 1° du même I peut être abaissé par décret pour les périodes de formation initiale, dans des conditions et limites tenant notamment au délai de présentation de la demande, fixé à dix ans à compter de la fin des études, et au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique.

Article L643-2-1

I. - Les personnes dont la pension de retraite de base prend effet postérieurement au 1er janvier 2011 peuvent demander la prise en compte, en contrepartie du versement de cotisations, des périodes d'activité ayant donné lieu, avant le 1er janvier 2004, à une exonération de cotisation obligatoire au titre des deux premières années d'exercice de la profession dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales.

Les conditions d'application du présent article et les modalités selon lesquelles s'effectue le versement des cotisations afférentes à ces périodes sont déterminées par décret.

II. - Le I est applicable jusqu'au 1er janvier 2016.

Article L643-3

I.-La liquidation de la pension prévue à l'article L. 643-1 peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1.

Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est égal au produit de la valeur du point par le nombre de points acquis.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I.

La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont

pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.

II.-L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent II et notamment les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes.

III.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Article L643-4

Sont liquidées sans coefficient de réduction, même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance prévue à l'article L. 643-3, les pensions de retraite :

1° Des assurés ayant atteint l'âge déterminé en application du 1° de l'article L. 351-8 ;

2° Des assurés ayant atteint l'âge prévu au premier alinéa du I de l'article L. 643-3 et relevant de l'une des catégories suivantes :

a) Reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 643-5 ;

b) Grands invalides mentionnés aux articles L. 36 et L. 37 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

c) Anciens déportés et internés titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique ;

d) Personnes mentionnées au 5° de l'article L. 351-8.

3° Des travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension de retraite dans les conditions prévues au III de l'article L. 643-3.

Article L643-5

L'incapacité au travail s'apprécie en déterminant si, à la date de la demande ou à une date postérieure, le requérant, compte tenu de son âge, de son état de santé, de ses capacités physiques et mentales, de ses aptitudes ou de sa formation professionnelle, n'est plus en mesure d'exercer ou de participer en qualité de conjoint collaborateur à une activité professionnelle.

Article L643-6

Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 161-22 ne font pas obstacle à l'exercice d'une activité relevant du régime d'assurance vieillesse des professions libérales et procurant des revenus inférieurs à un seuil déterminé dans des conditions fixées par décret.

Lorsque l'assuré reprend une activité mentionnée au premier alinéa lui procurant des revenus supérieurs à ceux prévus au même alinéa, il en informe la section professionnelle compétente et la pension servie par ce régime est réduite à due concurrence du dépassement, dans des conditions fixées par décret.

Par dérogation aux deux premiers alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

- a) A partir de l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8 ;
- b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.

La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.

Section 3 : Ouverture du droit et liquidation des pensions de réversion.

Article L643-7

En cas de décès de l'assuré, son conjoint survivant a droit à une pension de réversion dans les conditions prévues aux articles L. 353-1, L. 353-2, L. 353-3 et L.353-6.

Section 4 : Dispositions communes.

Article L643-8

Les prestations visées aux sections 2 et 3 du présent chapitre sont versées :

- soit à trimestre échu ;

- soit aux échéances prévues pour le versement des prestations des régimes visés à l'article L. 644-1.

Elles peuvent faire l'objet d'un versement annuel unique lorsque leur montant est inférieur à un seuil fixé par décret pris sur proposition de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Article L643-9

Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 4 : Régimes complémentaires vieillesse - Régimes invalidité-décès.

Article L644-1

A la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et après consultation par référendum des assujettis au régime de base, des décrets peuvent instituer un régime d'assurance vieillesse complémentaire fonctionnant à titre obligatoire dans le cadre soit de l'ensemble du groupe professionnel, soit d'une activité professionnelle particulière. Le conjoint associé ou le conjoint collaborateur, mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce, de l'assuré relevant de ce groupe ou exerçant cette activité est affilié à titre obligatoire à ce régime.

Le mode de calcul des cotisations complémentaires destinées à financer les régimes institués en application du premier alinéa et, le cas échéant, leurs montants annuels sont déterminés par décret après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Des régimes complémentaires facultatifs peuvent être établis à la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales dans les conditions fixées par le code de la mutualité.

Article L644-2

A la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, des décrets peuvent fixer, en sus des cotisations prévues aux articles L. 642-1 et L. 644-1, et servant à financer le régime d'assurance vieillesse de base et le régime d'assurance vieillesse complémentaire, une cotisation destinée à couvrir un régime d'assurance invalidité-décès, fonctionnant à titre obligatoire dans le cadre, soit de l'ensemble du groupe professionnel, soit d'une activité professionnelle particulière et comportant des avantages en faveur des veuves et des orphelins. Le conjoint associé ou le conjoint collaborateur, mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce, de l'assuré relevant de ce groupe ou exerçant cette activité est affilié à titre obligatoire à ce régime, dans des conditions déterminées par décret, notamment concernant l'adaptation du mode de calcul des cotisations et des prestations.

Article L644-3

A la demande du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et après avis des organisations syndicales et professionnelles les plus représentatives des professions intéressées, des décrets peuvent étendre l'affiliation à titre obligatoire aux régimes complémentaires institués en application de l'article L. 644-1 aux personnes exerçant les fonctions mentionnées aux 11°, 12° ou 23° de l'article L. 311-3.

Les personnes mentionnées à l'alinéa précédent, qui ne sont pas dispensées de l'affiliation aux institutions mentionnées à l'article L. 921-1, cotisent aux régimes institués en application de l'article L. 644-1 dans les conditions prévues par les statuts des régimes complémentaires institués en application dudit article.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article.

Article L644-4

Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 5 : Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Section 1 : Dispositions générales.

Article L645-1

Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins mentionnés à l'article L. 162-14 bénéficient d'un régime de prestations complémentaires de vieillesse propre à chacune de ces catégories professionnelles.

Ces prestations ne peuvent être attribuées qu'à des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins ayant exercé, au moins pendant une durée fixée par décret, une activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions ou adhésions personnelles mentionnées aux articles L. 722-1 et L. 162-14.

Pour chacun des régimes mentionnés au premier alinéa, des décrets peuvent prévoir que les personnes dont l'activité non salariée ne constitue pas l'activité professionnelle principale ou dont le revenu professionnel non salarié est inférieur à un montant fixé par décret pourront demander à être dispensées de l'affiliation aux régimes prévus au présent chapitre.

Article L645-2

Le financement des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1 est assuré par une cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret. Toutefois, il peut être substitué à la cotisation forfaitaire une cotisation proportionnelle aux revenus d'activité non salariés tels que visés à l'article L. 642-1 pour les assurés reprenant ou poursuivant une activité relevant de l'article L. 643-6.

Le versement de cette cotisation annuelle ouvre droit, pour chacun des régimes, à l'acquisition d'un nombre de points dans des conditions déterminées par décret.

Article L645-3

Pour chacun des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1, une cotisation d'ajustement peut être appelée, dans des conditions fixées par décret, en sus de la cotisation prévue à l'article L. 645-2. Cette cotisation annuelle obligatoire est proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité mentionnée aux articles L. 722-1 et L. 162-14. Le versement de cette cotisation ne donne pas lieu à l'acquisition de points supplémentaires. Néanmoins, tout ou partie de cette cotisation peut ouvrir droit à des points supplémentaires dans des conditions fixées par décret, après avis des sections professionnelles des régimes mentionnés à l'article L. 645-1. Les caisses d'assurance maladie participent au financement de cette cotisation dans les conditions prévues au 5° du I de l'article L. 162-14-1.

Article L645-4

Les prestations complémentaires de vieillesse prévues au premier alinéa de l'article L. 645-1 et les pensions de réversion y afférentes sont servies aux intéressés par les sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-5, dans des conditions fixées par décret.

Article L645-5

La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1er janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes.

Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension.

Les points acquis à compter du 1er janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret.

Pour l'application du premier alinéa, une valeur de service plus favorable peut être prévue par décret pour les pensions de réversion, au titre d'un nombre de points n'excédant pas un seuil défini par décret.

Article L645-6

Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application du présent chapitre.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 5 : Dispositions communes à l'assurance maladie, maternité et à l'assurance vieillesse

Chapitre 1er : Contributions d'équilibre

Section 1 : Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Article L651-1

Il est institué une contribution sociale de solidarité à la charge :

1°) Des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ;

2°) Des sociétés à responsabilité limitée ;

3°) Des sociétés en commandite ;

4°) Des personnes morales de droit public dans les limites de leur activité concurrentielle ;

4° bis) Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre Ier du titre II de la première partie du livre Ier du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;

5°) Des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;

6°) Des sociétés en nom collectif ;

7°) Des groupements d'intérêt économique ;

8°) Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;

9°) Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises mentionnés aux I et II de l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code ;

9° bis) Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de

prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code ou du titre VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime ;

10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° bis qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural et de la pêche maritime, au titre Ier de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale, aux articles L. 3441-2 et L. 4431-2 du code des transports et aux articles L. 931-5, L. 931-24 et L. 931-28 du code rural et de la pêche maritime ;

11°) Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne.

Article L651-2

Sont exonérées de la contribution sociale de solidarité :

1°) les sociétés d'habitation à loyer modéré et de crédit immobilier régies par les articles L. 411-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation, ainsi que les unions de ces sociétés ;

2°) les sociétés immobilières de copropriété régies par les articles L. 212-1 à L. 212-13 du code de la construction et de l'habitation ;

3°) les sociétés d'économie mixte de construction ou d'aménagement pour les activités qu'elles réalisent dans le cadre des missions de service d'intérêt général mentionnées aux neuvième, dixième et onzième alinéas de l'article L. 411-2 du code de la construction et de l'habitation ;

4°) les sociétés de rédacteurs de presse ;

5°) les sociétés mentionnées à l'article 4 de la loi n° 69-717 du 8 juillet 1969 relative à certaines dispositions concernant les sociétés ;

6°) (Abrogé) ;

7°) Les sociétés d'investissement régies par les articles L. 214-7 à L. 214-7-4, L. 214-24-29 à L. 214-24-33 et L. 214-127 à L. 214-135 du code monétaire et financier ;

8°) les sociétés d'aménagement foncier et d'établissement rural régies par l'article 15 de la loi n° 60-808 du 5 août 1960 dite loi d'orientation agricole ;

9°) (Abrogé) ;

10°) les sociétés en nom collectif et les groupements d'intérêt économique constitués exclusivement entre des sociétés exonérées par application des dispositions prévues aux 1° à 8°, pour la réalisation d'opérations que ces sociétés peuvent mettre en œuvre directement avec le bénéfice de cette exonération ;

11°) des sociétés coopératives maritimes visées au chapitre Ier du titre III de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale, ayant pour objet exclusif soit l'avitaillement, soit l'armement de leurs associés coopérateurs ;

12°) Les sociétés de libre partenariat régies par l'article L. 214-154 du code monétaire et financier .

Article L651-2-1

Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et celui de la contribution additionnelle à cette contribution mentionnée à l'article L. 245-13, minorés des frais de recouvrement, sont affectés :

1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 27,3 % ;

2° A la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour une fraction correspondant à 41,7 % ;

3° Abrogé ;

4° A la branche des assurances invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, pour une fraction correspondant à 31 %.

La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.

Article L651-3

La contribution sociale de solidarité est annuelle. Son taux est fixé par décret, dans la limite de 0,13 %. Elle est assise sur le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5, après application d'un abattement égal à 19 millions d'euros. Des décrets peuvent prévoir un plafonnement en fonction de la marge pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire fonctionnant avec une marge brute particulièrement réduite et pour les entreprises du négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant ou vendant directement à la production et pour les entreprises du négoce en gros des combustibles et de commerce de détail de carburants.

Pour les sociétés ou groupements mentionnés aux 4° bis, 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 ainsi que les groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, la part du chiffre d'affaires correspondant à des refacturations de prestations de services à leurs membres ou associés n'est pas soumise à la contribution.

En outre, les redevables mentionnés aux 1° à 3°, 4°, sauf s'il s'agit de groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, 5°, 10° et 11° de l'article L. 651-1 ne tiennent pas compte, pour la détermination de leur contribution, de la part du chiffre d'affaires correspondant à des ventes de biens réalisées avec les sociétés ou groupements visés à l'alinéa précédent et acquittant la contribution, dans lesquels ils détiennent une participation au moins égale à 20 %, à condition que ces biens soient utilisés pour les besoins d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.

La contribution des organismes coopératifs relevant du chapitre Ier du titre III de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale est établie sans tenir compte du chiffre d'affaires qu'ils réalisent, au titre des opérations de vente de produits issus des entreprises exploitées par leurs membres, avec d'autres organismes coopératifs régis par les mêmes dispositions et dont ils sont associés coopérateurs.

Pour la détermination de leur contribution, les sociétés ou groupements visés au deuxième alinéa ne tiennent pas compte des ventes de biens réalisées à ceux de leurs membres ou associés acquittant la contribution et détenant au moins 20 % des droits à leurs résultats, à condition que ces biens soient vendus à l'issue d'opérations de production effectuées par ces sociétés ou groupements.

Pour les redevables visés à l'article L. 651-1 affiliés à l'un des organes centraux mentionnés à l'article L. 511-30 du code monétaire et financier, la part du chiffre d'affaires correspondant à des intérêts reçus à raison d'opérations de centralisation, à l'échelon régional ou national, de leurs ressources financières n'est pas soumise à la contribution dans la limite du montant des intérêts servis en contrepartie de ces mêmes opérations.

Les dispositions du premier alinéa sont applicables aux entreprises de négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes, achetant et vendant directement aux coopératives agricoles.

Article L651-4

Le recouvrement de la contribution sociale de solidarité est assuré par un organisme de sécurité sociale désigné par décret. Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion de la contribution sociale de solidarité sont fixés par arrêté et s'imputent sur celle-ci.

Article L651-5

Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.

Pour les établissements de crédit, les sociétés de financement et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.

Pour les établissements et entreprises mentionnés au deuxième alinéa du présent article dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.

Pour les redevables mentionnés au 9° bis de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 sexies du code général des impôts, à l'exception des reprises sur réserves sur capitalisation. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises et aux ajustements sur opérations à capital variable est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de

l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.

Pour les commissionnaires au sens de l'article L. 132-1 du code de commerce qui s'entremettent dans une livraison de biens ou de services, l'assiette de la contribution est constituée par le montant de leur commission, sous réserve que les conditions suivantes soient simultanément remplies :

1° L'opération d'entremise est rémunérée exclusivement par une commission dont le taux est fixé au préalable d'après le prix, la quantité ou la nature des biens ou des services ;

2° Il est rendu compte au commettant du prix auquel l'intermédiaire a traité l'opération avec l'autre contractant ;

3° L'intermédiaire qui réalise ces opérations d'entremise doit agir en vertu d'un mandat préalable et ne jamais devenir propriétaire des biens ;

4° Les opérations ne sont pas réalisées par des personnes établies en France qui s'entremettent dans la livraison de biens ou l'exécution des services par des redevables qui n'ont pas établi dans l'Union européenne le siège de leur activité, un établissement stable, leur domicile ou leur résidence habituelle.

Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels les cinquième à neuvième alinéas s'appliquent majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.

Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.

Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur ou égal au montant de l'abattement mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.

Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité.

Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur au montant de l'abattement fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.

Article L651-5-1

L'organisme chargé du recouvrement de la contribution peut obtenir des administrations fiscales communication des éléments nécessaires à la détermination de son assiette et de son montant dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.

II. # Les sociétés, entreprises et établissements mentionnés à l'article L. 651-1 du présent code sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant dans un délai de soixante jours. Lorsque le

redevable a répondu de façon insuffisante à cette demande, l'organisme de recouvrement le met en demeure de compléter sa réponse dans un délai de trente jours en précisant les compléments de réponse attendus.

Le délai de reprise de la créance de contribution mentionné au premier alinéa de l'article L. 244-3 est interrompu à la date d'envoi des demandes mentionnées au premier alinéa du présent II.

Le contrôle des déclarations transmises par les sociétés, entreprises et établissements assujettis à la contribution sociale de solidarité est effectué dans les conditions prévues à l'article L. 113 du livre des procédures fiscales.

III. # En cas de défaut de réponse à la demande de renseignements et de documents ou à la mise en demeure mentionnée au II ou en cas de réponse insuffisante à la mise en demeure, il est appliqué une majoration dans la limite de 5 % du montant des sommes dues par le redevable.

IV. # L'organisme de recouvrement ayant constaté une inexactitude, une insuffisance, une omission ou une dissimulation dans les éléments servant au calcul de la contribution notifiée au redevable, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, un document mentionnant l'objet des opérations de contrôle, les documents consultés, la période vérifiée, le mode de calcul et le montant de la rectification envisagée.

Lorsque le redevable n'a pas répondu dans les délais prescrits à la demande et, le cas échéant, à la mise en demeure mentionnées au II du présent article ou que sa réponse demeure insuffisante, le montant de la rectification envisagée est estimé selon les règles fixées par l'avant-dernier alinéa de l'article L. 651-5.

Le redevable dispose d'un délai de trente jours pour faire part à l'organisme de recouvrement de sa réponse.

L'organisme de recouvrement est tenu de notifier à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la modification de la rectification envisagée dès lors que les observations fournies par le redevable sont reconnues fondées ou de motiver leur rejet.

L'organisme de recouvrement ne peut engager la mise en recouvrement de la contribution et des majorations avant l'expiration du délai de réponse mentionné au troisième alinéa du présent IV.

Article L651-5-3

Les sociétés, entreprises et établissements dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur au montant de l'abattement mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3 sont tenues d'effectuer la déclaration prévue à l'article L. 651-5 et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie dématérialisée auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés, entreprises et établissements utilisent les services de télédéclaration mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société, l'entreprise ou l'établissement.

Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de celles prévues au premier alinéa.

Article L651-5-4

I. # Le défaut de production par le redevable, dans les délais prescrits, de la déclaration de son chiffre d'affaires prévue à l'article L. 651-5 entraîne l'application d'une majoration fixée dans la limite de 10 % du montant de la contribution mise à sa charge ou résultant de la déclaration produite tardivement.

II. # Une majoration identique à celle mentionnée au I du présent article est applicable sur le supplément de contribution mis à la charge du redevable en cas d'application des rectifications mentionnées au IV de l'article L. 651-5-1.

Article L651-5-5

Une majoration fixée dans la limite de 10 % est appliquée de plein droit à la contribution sociale de solidarité qui n'a pas été acquittée aux dates limites de versement de la contribution. Toute contribution restée impayée plus d'un an après ces dates est augmentée de plein droit d'une nouvelle majoration fixée dans la limite de 4,8 % par année ou par fraction d'année de retard.

Article L651-5-6

Les majorations mentionnées à l'article L. 651-5-3, au I de l'article L. 651-5-4 et à l'article L. 651-5-5 sont applicables dans le cadre de la taxation d'office à titre provisionnel prévue pour le recouvrement de la contribution sociale de solidarité.

Article L651-6

Le paiement de la contribution sociale de solidarité est garanti par un privilège sur les biens, meubles et immeubles du débiteur dans les conditions prévues par les articles L. 243-4 et L. 243-5 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions de l'article L. 243-3 et du I de l'article L. 243-6 sont applicables à la contribution sociale de solidarité.

Article L651-7

Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux dispositions des articles L. 133-1, L. 133-3, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 et L. 244-11 à L. 244-14.

Article L651-8

Les contestations relatives à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux juridictions mentionnées aux chapitres 2 et 4 du titre IV du livre Ier.

Article L651-9

Un décret fixe les conditions d'application des articles L. 651-1 à L. 651-8. Il détermine en particulier les modalités de recouvrement de la contribution et des majorations mentionnées aux articles L. 651-5-1 et L. 651-5-3 à L. 651-5-5.

Section 2 : Contribution de solidarité à la charge des retraités.

Article L651-12

Le défaut de production des déclarations mentionnées aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 651-11 entraîne l'application d'une pénalité dont le taux est de 10 % de la contribution exigible. La production d'une fausse déclaration entraîne l'application d'une pénalité dont le taux est de 10 % de la partie de la contribution qui n'a pas été versée.

Il est appliqué une majoration par mois de retard de 1 % des contributions exigibles à chaque échéance.

Les pénalités et majorations de retard définies au présent article sont liquidées et recouvrées par les organismes chargés du recouvrement des contributions. Elles sont exigibles après mise en demeure par ces organismes, lesquels peuvent, en cas de motif légitime, en prononcer la remise gracieuse, totale ou partielle.

Article L651-13

Le service des pensions de vieillesse dont bénéficient les non-salariés assujettis à la contribution de solidarité mentionnée à l'article L. 651-10 est suspendu à leur demande.

La suspension de l'ensemble de ces pensions exonère les intéressés du versement de cette contribution.

Partie législative

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 5 : Dispositions communes à l'assurance maladie, maternité et à l'assurance vieillesse

Chapitre 2 : Dispositions diverses.

Article L652-3

Lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution, les caisses du régime social des indépendants et les organismes conventionnés pour l'assurance maladie et maternité ainsi que les caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, habilités à décerner la contrainte définie à l'article L. 244-9 peuvent, au moyen d'une opposition, enjoindre aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser au lieu et place de celui-ci, auxdits organismes, les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations, des contributions et des majorations et pénalités de retard.

L'opposition motivée est notifiée au tiers détenteur et au débiteur par le directeur de l'un des organismes mentionnés à l'alinéa précédent. Elle affecte, dès réception par le tiers, les sommes faisant l'objet du titre exécutoire au paiement desdites cotisations, contributions et majorations et pénalités de retard, quelle que soit la date à laquelle les créances, même conditionnelles ou à terme, que le débiteur possède à l'encontre du tiers deviennent exigibles. L'opposition emporte l'effet d'attribution immédiate prévu à l'article 43 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 précitée à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Lorsqu'une personne est simultanément destinataire de plusieurs oppositions établies au nom du débiteur, elle doit, en cas d'insuffisance des fonds, exécuter ces demandes en proportion de leurs montants respectifs.

Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution. A peine d'irrecevabilité, les contestations sont formées par le débiteur dans le délai d'un mois à partir de la notification de l'opposition. En cas de contestation, le paiement est différé pendant ce délai et, le cas échéant, jusqu'à ce qu'il soit statué, sauf si le juge autorise le paiement pour la somme qu'il détermine. Le paiement n'est pas différé, sauf si le juge en décide autrement :

1° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un redressement pour travail dissimulé défini aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

2° Lorsque la créance de l'organisme fait suite à un contrôle au cours duquel il a été établi une situation d'obstacle à contrôle, mentionnée à l'article L. 243-12-1 du présent code ;

3° Lorsque le recours contre le titre exécutoire a été jugé dilatoire ou abusif.

Sont en outre applicables les articles L. 123-1, L. 211-3, L. 162-1 et L. 162-2 du code des procédures civiles d'exécution.

Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux sommes dues par le tiers détenteur au titre des rémunérations qui ne peuvent être saisies que dans les conditions et selon la procédure prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code du travail.

Le présent article est applicable au recouvrement des indus de prestations sociales, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L652-4

Est entachée d'une nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par toute personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le présent livre et garantissant les risques couverts à titre obligatoire par lesdits régimes, lorsque cette personne n'est pas à jour des cotisations dues à ce titre au moment de la conclusion ou du renouvellement du contrat.

Un décret en Conseil d'Etat précise les peines encourues par toute personne physique proposant ou faisant souscrire et tout assuré souscrivant une telle clause ou convention.

Les personnes condamnées pour avoir fait souscrire des clauses ou conventions entachées d'une nullité d'ordre public sont tenues solidairement responsables des cotisations obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse qui auraient dû être versées par l'assuré depuis la date de la souscription desdites clauses ou conventions.

Article L652-5

Les retraites de base versées par le régime social des indépendants et les régimes d'assurance vieillesse des professions libérales aux présidents des caisses de base et des sections professionnelles des régimes susvisés, aux présidents ainsi qu'aux administrateurs de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et de la Caisse nationale des barreaux français sont assorties d'une bonification compensatrice de perte de gains.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de calcul forfaitaire de la bonification qui tiennent compte de la durée d'exercice simultané d'un mandat et d'une activité professionnelle non salariée. Il détermine également les conditions d'entrée en vigueur du dispositif. Les mandats en cours à la date de la publication de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social sont pris en compte pour le calcul de la bonification compensatrice de perte de gain dès lors que les intéressés n'ont pas fait liquider leurs droits à pension antérieurement au début de ces mandats.

Article L652-6

Le contrôle de l'application par les travailleurs indépendants non agricoles des dispositions du présent livre est confié aux caisses et sections professionnelles relevant des organisations autonomes d'assurance vieillesse mentionnées au 3° de l'article L. 621-3.

Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction auxdites dispositions des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Les caisses les transmettent, aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées.

Article L652-7

Toute personne qui, par voie de fait, menaces ou manoeuvres concertées, a organisé ou tenté d'organiser le refus par les assujettis de se conformer aux prescriptions de la législation du présent livre, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale, ou de payer les cotisations dues est punie d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 euros.

Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation du présent livre, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou à ne pas payer les cotisations à un régime d'assurance obligatoire institué par le présent livre, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 7 500 euros.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article L711-1

Parmi celles jouissant déjà d'un régime spécial le 6 octobre 1945, demeurent provisoirement soumises à une organisation spéciale de sécurité sociale, les branches d'activités ou entreprises énumérées par un décret en Conseil d'Etat.

Des décrets établissent pour chaque branche d'activité ou entreprises mentionnées à l'alinéa précédent une organisation de sécurité sociale dotée de l'ensemble des attributions définies à l'article L. 111-1. Cette organisation peut comporter l'intervention de l'organisation générale de la sécurité sociale pour une partie des prestations.

Article L711-1-1

A compter de l'année 2009, les régimes spéciaux de sécurité sociale mentionnés à l'article L. 711-1 et comptant plus de 20 000 cotisants transmettent au Parlement une évaluation prospective de leurs engagements de retraite et de leurs équilibres financiers, sur trente ans minimum. Ils publient ces informations en annexe de leur rapport annuel et procèdent à leur actualisation à intervalles réguliers.

Section 1 : Ressources des assurances maladie et maternité garantissant les personnes assujetties à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-2

Les ressources des assurances maladie et maternité garantissant les personnes assujetties à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 ci-dessus sont notamment constituées par des cotisations à la charge des assurés, précomptées et calculées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :

1°) sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 ;

2°) sur les avantages de retraite financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur assujetti à l'un des régimes mentionnés ci-dessus, ainsi que sur les avantages de retraite ayant donné lieu à rachat de cotisations à l'exception des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires.

Des exonérations sont accordées aux titulaires d'avantages de retraite ou d'allocations et revenus de remplacement dont les ressources sont insuffisantes.

Les dispositions des sections 2 à 5 du chapitre 3 du titre IV du livre II, les dispositions du chapitre 4 du même titre, ainsi que celles de l'article L. 374-1, s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées ci-dessus, sous réserve d'adaptations fixées par décret en Conseil d'Etat.

Ces ressources sont également constituées par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1.

Article L711-3

Dans les régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1, un plafond peut être appliqué aux rémunérations ou gains servant de base au calcul d'une partie des cotisations dues par l'employeur au titre des assurances maladie, maternité, invalidité ou décès.

Section 2 : Prestations.

Article L711-4

Les délais de prescription mentionnés aux articles L. 160-11, L. 355-3 et L. 431-2 s'appliquent également dans les régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-5

Le 2° du I de l'article L. 313-1 s'applique, en tant que de besoin, aux assurés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-6

La couverture des frais mentionnés au 3° de l'article L. 160-8 s'applique aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-7

La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 160-13 et au dernier alinéa de l'article L. 432-1 s'applique aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1. Il en est de même de la franchise annuelle mentionnée au III de l'article L. 160-13 et au dernier alinéa de l'article L. 432-1.

Les 10°, 11° et 12° de l'article L. 160-14 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-8

Les durées d'indemnisation fixées par les articles L. 331-3, L. 331-4, L. 331-5, L. 331-7 et L. 331-8 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-9

Les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 331-7 s'appliquent aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article L711-10

Les travailleurs soumis à un régime spécial d'assurances mentionné à l'article L. 711-1 doivent recevoir des avantages au moins équivalents à ceux résultant des dispositions du présent code relatives à l'allocation aux vieux travailleurs salariés et à l'allocation aux mères de famille. Des décrets apportent, le cas échéant, au régime mentionné par les dispositions précitées les aménagements nécessaires pour réaliser cette équivalence.

Article L711-11

Dans les régimes spéciaux de sécurité sociale mentionnés à l'article L. 711-1, à l'exception des régimes des pensions de retraite des marins et des pensions civiles et militaires de retraite, le conjoint séparé de corps ou divorcé, sauf si ce dernier s'est remarié avant le décès de son ancien conjoint, a droit à la pension de réversion, quelle que soit la forme du divorce.

La pension de réversion est accordée, sous le bénéfice de la disposition mentionnée à l'alinéa précédent, dans le cadre des dispositions qui réglementent l'octroi des pensions de réversion dans chacun de ces régimes.

Lorsque l'assuré s'est remarié, la pension de réversion à laquelle il est susceptible d'ouvrir droit à son décès est partagée, sauf remariage du ou des conjoints divorcés avant le décès de l'auteur du droit, entre les conjoints survivants ou divorcés, au prorata de la durée respective de chaque mariage. Ce partage est opéré lors de la liquidation des droits du premier d'entre eux qui en fait la demande.

Lorsque le droit à pension de réversion est suspendu en cas de remariage, le bénéficiaire peut, s'il le désire, recouvrer son droit à pension s'il redevient veuf, divorcé ou séparé de corps.

Au décès de l'un des bénéficiaires, sa part de pension de réversion accroît celle des autres, sauf réversion du droit au profit des enfants d'un âge inférieur à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat. Les dispositions qui précèdent ne peuvent porter préjudice aux droits des ayants cause autres que ceux mentionnés par le présent article.

Section 3 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L711-12

Sous réserve de l'application de l'article L. 61 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les taux des cotisations dues par les employeurs et les assurés pour le financement des régimes spéciaux de sécurité sociale sont fixés par décret, nonobstant toute disposition contraire.

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. Sauf disposition législative contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Article L711-13

Un décret fixe les conditions d'application des articles L. 241-13 et L. 241-18 aux employeurs relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 2 : Régime des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats

Section 1 : Bénéficiaires.

Article L712-1

Les fonctionnaires en activité, soumis au statut général, et les magistrats de l'ordre judiciaire bénéficient, ainsi que leur famille, dans le cas de maladie, maternité, invalidité et décès, de prestations au moins égales à celles qui résultent de la législation relative au régime général de sécurité sociale.

Article L712-2

Les fonctionnaires en retraite, de même catégorie, bénéficient, ainsi que leur famille, de celles des prestations ci-dessus prévues qui sont accordées aux titulaires de pensions de vieillesse des assurances sociales.

Section 2 : Prestations.

Article L712-3

Les indemnités, allocations et pensions attribuées aux fonctionnaires en cas d'arrêt de travail résultant de maladie, maternité, paternité et accueil de l'enfant et invalidité et les allocations attribuées aux ayants droit de fonctionnaires décédés, sont déterminées sans préjudice de l'application de la législation générale sur les pensions. Elles sont liquidées et payées par les administrations ou établissements auxquels appartiennent les intéressés.

Article L712-4

L'application des dispositions du présent chapitre ne peut, en aucun cas, avoir pour conséquence la suppression ou la réduction des avantages dont les fonctionnaires bénéficiaient avant l'entrée en application du régime de sécurité sociale les concernant.

Article L712-5

Il est constitué auprès de chaque administration ou établissement dans les conditions prévues par décret, une ou plusieurs commissions composées pour moitié au moins de représentants des organisations de fonctionnaires et auxquelles sont soumises, soit par l'administration ou l'établissement, soit par les intéressés, les difficultés nées de l'application des dispositions de l'article L. 712-3.

Section 3 : Organisation administrative.

Section 4 : Cotisations

Article L712-9

La couverture des risques maladie, maternité et invalidité est assurée par une cotisation des fonctionnaires et pour ceux qui sont en activité une cotisation au moins égale de l'Etat.

La cotisation sur le montant des pensions de retraites est précomptée dans la limite d'un plafond.

Article L712-10

Les décrets pris pour l'application de l'article L. 712-3 peuvent établir à la charge des fonctionnaires une cotisation destinée à compenser au maximum pour moitié le coût des prestations nouvelles dont les intéressés bénéficient par application de l'article L. 712-3.

Section 4 bis : Dispositions applicables aux maîtres et documentalistes de l'enseignement privé

Article L712-10-1

Les dispositions des articles L. 712-1 et L. 712-3 du premier alinéa de l'article L. 712-9 et de l'article L. 712-10 sont applicables aux maîtres et documentalistes liés à l'Etat par agrément ou par contrat qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés liés à l'Etat par contrat.

La perte de recettes résultant des dispositions du présent article ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7.

Section 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L712-11

Les dispositions particulières nécessaires pour la détermination du régime de sécurité sociale des fonctionnaires résidant hors du territoire métropolitain sont fixées par décret.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, le régime de sécurité sociale des fonctionnaires et des magistrats de l'ordre judiciaire exerçant leur activité en Nouvelle-Calédonie est déterminé par l'article L. 712-11-1.

Article L712-11-1

Sous réserve de l'alinéa ci-après, les magistrats de l'ordre judiciaire, les fonctionnaires civils de l'Etat, les militaires, les ouvriers de l'Etat et les fonctionnaires relevant des fonctions publiques territoriale et hospitalière qui exercent leurs fonctions en Nouvelle-Calédonie sont affiliés, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des risques, aux régimes de sécurité sociale qui leur seraient applicables s'ils exerçaient leurs fonctions en métropole.

Dès leur prise de fonction, celles des personnes mentionnées à l'alinéa précédent appelées à servir en Nouvelle-Calédonie pour une durée supérieure à six mois sont, ainsi que leurs ayants droit, affiliées, pour ses seules prestations en nature, au régime unifié d'assurance maladie maternité de la Nouvelle-Calédonie.

Leur réaffiliation au régime général de sécurité sociale s'effectue conformément aux dispositions du titre Ier du livre VII.

Article L712-11-2

Les ayants droit des personnes affiliées au régime unifié d'assurance maladie et maternité mentionnées au premier alinéa de l'article L. 712-11-1 résidant habituellement en métropole ou dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 bénéficient des prestations en nature dudit régime.

Article L712-11-3

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 712-6, les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 712-11-1 perçoivent les prestations en nature du régime unifié d'assurance maladie et maternité

par l'organe de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie.

Pour la mise en oeuvre de l'alinéa précédent, une convention est passée entre les mutuelles prévues à l'article L. 712-6 et la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie.

Article L712-13

Les modalités d'application du présent chapitre et notamment les dispositions nécessaires pour en assurer la coordination avec les dispositions statutaires applicables aux assurés mentionnés à l'article L. 712-1 sont déterminées par décret.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 3 : Régime des militaires

Section 1 : Dispositions générales.

Article L713-1

Bénéficient de la sécurité sociale dans les conditions prévues ci-dessous :

1°) les militaires de tous grades possédant le statut des militaires de carrière ou servant au-delà de la durée légale en vertu d'un contrat ou d'une commission, ainsi que leurs familles ;

2°) les retraités militaires et leurs familles.

Article L713-1-1

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les personnes relevant de la caisse prévue à l'article L. 713-19 bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues au livre Ier et restent affiliées au régime des militaires.

Article L713-2

Les avantages acquis au 1er juin 1949 supérieurs à ceux accordés par la sécurité sociale ne peuvent, en aucun cas, être réduits ou supprimés.

Article L713-4

Les 10°, 11° et 12° de l'article L. 322-3 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent du régime institué par le présent chapitre.

Article L713-5

Les militaires titulaires d'une pension de retraite, ainsi que les veuves titulaires d'une pension de réversion, ont droit ou ouvrent droit aux mêmes prestations que les fonctionnaires civils retraités.

Toutefois, lorsque les intéressés exercent une activité professionnelle, ils sont assujettis au régime de sécurité sociale dont relève leur activité.

Article L713-6

Les veuves et veufs de guerre, bénéficiaires d'une pension au titre du premier alinéa de l'article L. 66 du code des pensions civiles et militaires de retraite, dont le conjoint était militaire de carrière au moment du décès, ont droit aux mêmes prestations que les veuves et veufs titulaires d'une pension de réversion.

Article L713-7

Les dispositions des articles L. 713-1-1, L. 713-5, L. 713-6, L. 713-12, L. 713-16 et L. 713-18 à L. 713-22 ne s'appliquent pas aux accidents survenus en service qui restent couverts dans les conditions de la législation en vigueur.

Article L713-8

Pour l'application du présent chapitre, les officiers généraux du cadre de réserve sont assimilés aux retraités.

Article L713-9

En cas de guerre, le bénéfice des prestations prévues par le présent chapitre continue à être accordé aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 et aux retraités mais cesse d'être accordé au militaire lui-même ou au retraité rappelé à l'activité.

Article L713-10

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent également aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 des militaires servant hors du territoire métropolitain à condition qu'ils résident dans la métropole.

Des décrets fixent les mesures d'extension ou d'adaptation du présent chapitre aux assujettis mentionnés au 1° de l'article L. 713-1 qui résident hors du territoire métropolitain.

Section 2 : Dispositions relatives aux soins et aux prestations

Sous-section 1 : Prestations en nature.

Article L713-11

En ce qui concerne le régime de sécurité sociale, les militaires en activité, ainsi que leur famille ont le libre choix du médecin militaire ou civil.

Article L713-12

Les services de santé militaires restent seuls compétents pour toutes les décisions pouvant avoir des conséquences statutaires ou disciplinaires.

Article L713-14

Les durées d'indemnisation fixées par les articles L. 331-3, L. 331-4, L. 331-5, L. 331-7 et L. 331-8 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux assurés qui relèvent du présent régime.

Article L713-16

Les prestations dispensées par l'organisation de la sécurité sociale en contrepartie des services rendus par les services de santé militaires donneront lieu à annulation de dépenses au titre des chapitres budgétaires intéressés selon des modalités fixées par arrêté interministériel.

Sous-section 2 : Capital décès.

Article L713-17

Les conditions dans lesquelles les militaires à solde mensuelle et les militaires à solde spéciale progressive ouvrent droit au capital décès sont fixées par décret sans qu'aucune restriction ne puisse être apportée au régime des pensions militaires.

Section 3 : Cotisations.

Article L713-18

La couverture des risques mentionnés aux articles L. 713-3, L. 713-5 et L. 713-6 est assurée par une cotisation des bénéficiaires, dont le taux ne pourra être supérieur à celui imposé aux fonctionnaires civils et, pour ceux qui sont en activité, une cotisation de l'Etat dont le taux est fixé dans les mêmes conditions que pour les fonctionnaires civils.

Il est toutefois tenu compte, pour le calcul du taux de la cotisation imposée aux bénéficiaires, des avantages acquis auxquels leur donne droit leur statut antérieur.

L'assiette et les modalités de recouvrement de ces cotisations sont fixées par le décret prévu à l'article L. 713-23.

Section 4 : Caisse nationale militaire de sécurité sociale

Article L713-19

Il est institué pour le personnel militaire une caisse autonome de sécurité sociale dont la circonscription englobe l'ensemble du territoire métropolitain et qui fonctionne dans les conditions du livre II.

Article L713-20

La caisse prévue à l'article L. 713-19 a pour rôle :

- 1°) de gérer les risques maladie, maternité, couverts dans les conditions prévues par le présent chapitre ;
- 2°) de coordonner son action sanitaire et sociale en faveur de ses ressortissants avec celle des services sociaux dépendant du ministère de la défense nationale ;
- 3°) d'assurer, le cas échéant, le rôle dévolu par l'article L. 174-2 à l'égard du service de santé des armées.

Article L713-21

Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la caisse prévue à l'article L. 713-19 sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le budget de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est équilibré en recettes et en dépenses.

Le budget de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est approuvé par l'Etat.

Les dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 221-1 ne sont pas applicables à la caisse.

Une convention conclue entre, d'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et, d'autre part, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale détermine les conditions dans lesquelles les sommes nécessaires au paiement des prestations, à la gestion administrative, aux investissements, au contrôle médical et à l'action sanitaire et sociale sont mises à disposition de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale par le régime général ainsi que les conditions dans lesquelles les cotisations mentionnées à l'article L. 713-18 et à l'article L. 713-22 sont reversées par cet organisme au régime général. Cette convention est approuvée par l'Etat.

Article L713-22

Les fonctionnaires de la caisse nationale militaire de sécurité sociale en activité, soumis au statut général des fonctionnaires de l'Etat sont affiliés à ladite caisse pour le service des prestations en nature prévues par l'article L. 712-6. En contrepartie, les cotisations fixées par ces textes sont versées à la caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables aux fonctionnaires stagiaires de la caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Section 6 : Dispositions d'application.

Article L713-23

Sous réserve de l'article L. 713-21, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décrets pris sur le rapport des ministres intéressés.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Article L715-1

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés instituée par l'article L. 222-1 assure la gestion du régime spécial institué par la loi du 22 juillet 1922 relative aux retraites des agents des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways et exerce en faveur de ces agents l'action sanitaire et sociale prévue au premier alinéa de l'article L. 222-1.

Les ressources du régime spécial sont constituées d'une contribution de la caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport déterminée dans des conditions fixées par décret.

Les prestations du régime spécial servies par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sont payées dans les mêmes conditions que les avantages de vieillesse du régime général de sécurité sociale. Les prestations et les salaires servant de base à leur calcul sont revalorisés dans les mêmes conditions que les avantages de vieillesse du régime général de sécurité sociale et les salaires servant de base à leur calcul.

Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent article.

Article L715-2

Le régime de l'assurance maladie des marins, géré par la Caisse générale de prévoyance de l'Etablissement national des invalides de la marine, bénéficie d'une contribution d'équilibre prenant en compte l'ensemble des dépenses du régime.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 2 : Régimes divers de non-salariés et assimilés

Chapitre 2 : Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)

Section 1 : Champ d'application - Affiliation.

Article L722-1

Le régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre est applicable :

1°) aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 162-5 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ;

2°) aux médecins exerçant leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention mentionnée au 1° et de la convention prévue à l'article L. 162-14 ou, en l'absence de la convention mentionnée au 1°, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ;

3°) aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qui exercent leur activité professionnelle, non salariée, dans le cadre de la convention conclue en application des articles L. 162-9, L. 162-12-2 ou L. 162-12-9 ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du régime de l'adhésion personnelle prévue au dernier alinéa de l'article L. 162-11.

4°) aux étudiants en médecine visés au premier alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique qui effectuent le remplacement d'un docteur en médecine lorsqu'ils ne bénéficient pas des dispositions de l'article L. 381-4.

Le bénéfice du présent régime n'est accordé aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux qu'à la double condition :

1°) qu'ils aient exercé leur activité dans de telles conditions pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat ;

2°) qu'ils soient liés par convention ou adhésion personnelle simultanément au régime d'assurance maladie des travailleurs salariés des professions non agricoles, aux régimes d'assurance maladie agricoles des

travailleurs salariés et non salariés et au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles pour l'ensemble des groupes de professions mentionnés au 1° de l'article L. 615-1.

Article L722-1-1

Les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels peuvent, par dérogation aux dispositions du 1° de l'article L. 722-1, demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Le choix pour ces médecins entre l'un ou l'autre régime intervient au moment de leur début d'activité ou lorsque, dans le cadre de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, la faculté de modifier leur option conventionnelle leur est ouverte. Ce choix s'exprime dans les mêmes conditions de délai que l'option conventionnelle.

Les deux premiers alinéas du présent article sont applicables aux médecins qui sont autorisés à appliquer les tarifs majorés visés au 8° de l'article L. 162-5.

Les pédicures-podologues qui exercent leur activité professionnelle dans les conditions mentionnées au 3° de l'article L. 722-1 peuvent également, par dérogation au même 3°, demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles au moment de leur début d'activité.

Article L722-2

Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, titulaires d'une allocation de vieillesse servie en application du titre IV du livre VI, relèvent du régime institué par le présent chapitre, sous réserve que, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'Etat, leur activité non salariée se soit exercée dans le cadre de conventions ou dans le cadre du régime des adhésions personnelles ; ils ont droit et ouvrent droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1.

Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui, au 31 décembre 1968, bénéficiaient, au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, d'un avantage de vieillesse qui leur ouvrait droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Article L722-3

Les conjoints survivants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux titulaires d'une allocation de vieillesse servie en application du titre IV du livre VI, sont affiliés au régime institué par le présent chapitre, sous réserve que l'activité non salariée du conjoint décédé ait satisfait à la condition prévue au premier alinéa de l'article L. 722-2. Ils ont droit et ouvrent droit à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1.

Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui, au 31 décembre 1968, bénéficiaient, au titre d'un régime obligatoire de sécurité sociale, d'un avantage de réversion qui leur ouvrait droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Section 2 : Financement - Cotisations.

Article L722-4

Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles.

Cette cotisation est calculée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2.

Article L722-5

Les dispositions de la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II, les dispositions du chapitre 4 du même titre ainsi que celles des articles L. 133-6-7-2 et L. 374-1 du présent code sont applicables au recouvrement des cotisations prévues à l'article L. 722-4.

Article L722-5-1

Le cas échéant, le montant des cotisations dues par les personnes visées au 4° de l'article L. 722-1 est modulé selon des modalités fixées par décret.

Section 3 : Prestations.

Article L722-6

En cas de maladie, maternité et décès, les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 ont droit et ouvrent droit, selon les dispositions des articles L. 331-1 et L. 361-4 aux prestations prévues par le 1° de l'article L. 160-8 et par les articles L. 160-9 et L. 361-1, ainsi qu'à celles prévues à l'article L. 321-1 selon les modalités prévues à l'article L. 722-8-2.

Le capital décès versé par application de l'article L. 361-1 correspond à une fraction du montant du revenu ayant servi de base au calcul de la cotisation de l'intéressé dans la limite du plafond prévu à l'article L. 241-3.

Les prestations sont servies par les caisses primaires d'assurance maladie. Elles cessent d'être accordées suivant les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat :

1°) au cas où la convention ou l'adhésion personnelle liant le praticien ou l'auxiliaire médical cesse d'avoir effet ;

2°) en cas de cessation, par l'intéressé, de l'exercice non salarié de sa profession ;

3°) pendant la durée de toute sanction prononcée par la juridiction compétente à l'encontre de l'intéressé et comportant l'interdiction, pour une durée supérieure à trois mois, de donner des soins aux assurés sociaux.

Les prestations en espèces ne sont accordées que si les cotisations échues ont été versées par l'assuré avant l'ouverture du risque.

Article L722-7

Les 10°, 11° et 12° de l'article L. 322-3 s'appliquent sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent du régime institué par le présent chapitre.

Article L722-8

Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient à l'occasion de leurs maternités d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité.

Lorsqu'elles cessent toute activité professionnelle, les assurées reçoivent également une indemnité journalière forfaitaire. Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol bénéficient de l'indemnité journalière forfaitaire à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Les assurés qui relèvent à titre personnel du régime institué par le présent titre bénéficient des allocations prévues par le présent article à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption. Ces allocations sont également accordées aux titulaires de l'agrément mentionné à l'article L. 225-2 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'ils adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français. Les allocations sont servies dans les conditions suivantes :

1°) l'allocation forfaitaire prévue au premier alinéa est due pour sa moitié ;

2°) l'indemnité journalière est due pour la ou les périodes d'interruption d'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale aux trois quarts de celle qui est prévue en cas de maternité. La durée d'indemnisation peut faire l'objet d'une répartition entre les parents

adoptants dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 331-7. Dans ce cas, la durée maximale d'indemnisation est augmentée et fractionnable selon les modalités prévues au même alinéa.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au premier alinéa, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au deuxième alinéa, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.

Les montants des prestations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées pour le plafond prévu à l'article L. 241-3.

Article L722-8-1

Les conjointes des praticiens et auxiliaires médicaux relevant du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre qui remplissent les conditions de collaboration professionnelle définies par décret bénéficient à l'occasion de la maternité :

-d'une allocation forfaitaire de repos maternel destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité ;

-d'une indemnité de remplacement proportionnelle à la durée et au coût de celui-ci lorsqu'elles se font remplacer dans les travaux professionnels ou ménagers qu'elles effectuent habituellement.

Les conjoints collaborateurs remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa bénéficient également, à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption, des allocations prévues par le présent article dans les conditions suivantes :

1° L'allocation forfaitaire de repos maternel est due pour sa moitié ;

2° L'allocation de remplacement est due pour la ou les périodes de remplacement se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale à la moitié de celle qui est prévue en cas de maternité. La durée d'indemnisation peut faire l'objet d'une répartition entre les parents adoptants dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 331-7. Dans ce cas, la durée maximale d'indemnisation est augmentée et fractionnable selon les modalités prévues au même alinéa.

Ces allocations sont également accordées aux titulaires de l'agrément mentionné aux articles L. 225-2 à L. 225-7 et L. 225-18 ou L. 225-15 du code de l'action sociale et des familles lorsqu'ils adoptent ou accueillent un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment le montant de l'allocation prévue au deuxième alinéa, les montants et les durées d'attribution de l'indemnité journalière prévue au troisième alinéa, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.

Les montants maximaux des allocations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées par les articles L. 141-3 et L. 141-4 du code du travail pour le salaire minimum de croissance.

Article L722-8-2

Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse. Cette incapacité temporaire de travail est constatée dans les conditions prévues à l'article L. 321-1.

L'indemnité prévue au premier alinéa du présent article est accordée à l'expiration d'un délai déterminé à compter du début de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant une durée fixée par décret, pour chaque jour ouvrable ou non. L'indemnité est servie dans les conditions et sous réserve des obligations prévues à l'article L. 323-6.

Les modalités d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa, le délai et la durée maximale de versement mentionnés au deuxième alinéa, sont fixées par décret.

L'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa n'est pas cumulable avec l'indemnité journalière mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8.

Article L722-8-3

Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, lorsqu'ils relèvent à titre personnel du régime institué au présent chapitre bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8.

Le père conjoint collaborateur remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 722-8-1 ainsi que, le cas échéant, le conjoint collaborateur de la mère autre que le père remplissant les mêmes conditions bénéficient, à l'occasion de la naissance d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa dudit article.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée d'attribution des prestations.

Article L722-8-4

En cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation de la cessation d'activité comprise, selon le cas, soit entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation au titre du régime d'assurance maternité, soit entre la naissance de l'enfant et la fin du maintien de traitement lié à la maternité, le père bénéficie, dans des conditions fixées par décret, d'un droit à indemnisation pour la durée restant à courir entre la date

du décès et la fin de la période d'indemnisation dont aurait bénéficié la mère, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle pendant cette durée et sans qu'il soit fait application du dernier alinéa de l'article L. 722-6. Pendant cette durée, le père bénéficie, d'une part, de l'indemnité prévue aux articles L. 722-8 et L. 722-8-1, sous réserve qu'il cesse toute activité professionnelle durant cette période, et, d'autre part, de l'allocation forfaitaire prévue aux mêmes articles lorsqu'elle n'a pas été versée à la mère.

Le père peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle il a droit, dans des conditions fixées par décret.

Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de l'indemnité et de l'allocation, le droit prévu au présent article est accordé au conjoint de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

Article L722-9

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de coordination entre le présent régime et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles institué par le titre I du livre VI du présent code.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 2 : Régimes divers de non-salariés et assimilés

Chapitre 3 : Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès)

Section 1 : Organisation administrative et financière

Sous-section 1 : Organisation administrative - Caisse nationale des barreaux français.

Article L723-1

Sont affiliés de plein droit à une caisse privée, dite caisse nationale des barreaux français, dotée de la personnalité civile, les avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation et tous les avocats et avocats stagiaires en activité dans les barreaux de la métropole et des collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Sont également affiliés le conjoint associé et le conjoint collaborateur mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce.

Les statuts de cette caisse ne peuvent entrer en vigueur qu'après avoir été approuvés par arrêté interministériel.

Article L723-2

Lorsqu'elle statue sur les réclamations concernant la régularité de l'élection des membres de l'assemblée générale et du conseil d'administration de la caisse nationale des barreaux français, la cour d'appel siège en chambre du conseil ; la décision est prononcée en audience publique.

Sous-section 2 : Ressources.

Article L723-3

Dans la métropole et dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, les droits alloués aux avocats pour la plaidoirie et perçus par eux, au titre de leur activité propre comme de celle des avocats salariés qu'ils emploient, sont affectés au financement du régime d'assurance vieillesse de base de la Caisse nationale des barreaux français. Ils sont recouverts auprès de chaque avocat non salarié ou société d'avocats par la Caisse nationale des barreaux français.

Lorsque leur activité principale n'est pas la plaidoirie, les avocats non salariés et les sociétés d'avocats dont au moins un associé ou un salarié est affilié à la Caisse nationale des barreaux français versent une contribution équivalente aux droits de plaidoirie.

Parmi ces derniers, sont réputés ne pas avoir pour activité principale la plaidoirie ceux dont l'activité, déterminée en fonction de leurs revenus professionnels d'avocats complétés des rémunérations nettes versées aux avocats salariés affiliés à la Caisse nationale des barreaux français, donne lieu au versement à ladite caisse d'un nombre de droits de plaidoirie inférieur à un minimum fixé par cette même caisse. Les revenus professionnels non salariés et les rémunérations pris en compte pour le calcul de la contribution équivalente sont appréciés dans la limite d'un plafond fixé dans les conditions prévues au dernier alinéa du présent article.

Les sommes recouvrées par application du présent article et des dispositions de l'article L. 723-4 couvrent le tiers des charges du régime d'assurance vieillesse de base de l'année courante.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

Article L723-5

La caisse instituée par l'article L. 723-1 perçoit, outre le montant des droits de plaidoirie mentionnés à l'article L. 723-3, une cotisation annuelle obligatoire pour tous les avocats, à l'exception de ceux qui en sont exonérés. Elle peut être graduée suivant l'âge lors de la prestation de serment et l'ancienneté d'exercice depuis la prestation de serment.

La caisse perçoit également une cotisation assise sur les revenus définis en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 dans la limite d'un plafond fixé par décret.

La caisse reçoit une contribution du fonds institué par l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par l'article L. 135-2.

Les cotisations d'assurance vieillesse de base du conjoint collaborateur de l'avocat non salarié comportent une part fixée à une fraction de la cotisation visée au premier alinéa et une part calculée sur une fraction équivalente à la précédente du revenu visé au deuxième alinéa.

Le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce peut demander la prise en compte, par l'organisation autonome d'assurance vieillesse mentionnée à l'article L. 723-1 du présent code, de périodes d'activité sous réserve de justifier par tous moyens avoir participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise et d'acquitter des cotisations dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Les périodes susceptibles d'être rachetées sont limitées à six années. Le rachat est autorisé jusqu'au 31 décembre 2020.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment :

- les conditions dans lesquelles les demandes doivent être présentées ;
- le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables ;

-les modalités de liquidation des droits à l'assurance vieillesse des demandeurs.

Article L723-5-1

Sont exonérées du paiement du quart de la cotisation forfaitaire mentionnée au premier alinéa de l'article L. 723-5 les femmes ayant accouché durant l'année au titre de laquelle ladite cotisation est appelée. La période ouvrant droit à exonération est le trimestre civil au cours duquel survient l'accouchement. Les dispositions de l'article L. 131-7 ne sont pas applicables à cette exonération.

Article L723-6

Outre le montant des droits de plaidoirie et celui des cotisations mentionnés aux articles L. 723-3 et L. 723-5, la caisse nationale des barreaux français peut percevoir une cotisation distincte, destinée au financement d'un régime d'assurance décès et invalidité, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le mode de calcul de la cotisation et des prestations du régime d'assurance décès et invalidité est adapté pour l'affiliation des conjoints-collaborateurs.

Article L723-6-1

Les cotisations acquittées pour les avocats visés au 19° de l'article L. 311-3 sont assises sur leur rémunération brute telle que définie à l'article L. 242-1 et versées par l'employeur à la Caisse nationale des barreaux français. Une quote-part dont le montant est fixé par décret est due par le salarié. Cette quote-part est précomptée par l'employeur dans les conditions fixées à l'article L. 243-1.

Pour tout avocat qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, la part des cotisations à verser et à précompter incombant à chacun des employeurs est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées dans la limite du montant de la cotisation forfaitaire prévue au premier alinéa de l'article L. 723-5 et du montant de la cotisation proportionnelle plafonnée prévue au deuxième alinéa de ce même article.

Ces cotisations sont recouvrées dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que les cotisations du régime général en application des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres III et IV du titre IV du livre II du présent code.

Sous-section 4 : Dispositions diverses

Article L723-6-2

Les dispositions de l'article L. 652-6 sont applicables au régime visé au présent chapitre. Le contrôle prévu par cet article y est exercé par la Caisse nationale des barreaux français.

Article L723-6-3

Les dispositions de l'article L. 243-6-2 sont applicables aux personnes affiliées à la Caisse nationale des barreaux français.

Section 2 : Contrôle de l'administration.

Article L723-7

Les autorités compétentes de l'Etat sont représentées auprès de la Caisse nationale des barreaux français par des commissaires du Gouvernement.

Un représentant du garde des sceaux, ministre de la justice, assiste aux séances du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français et des commissions ayant reçu délégation de celui-ci. Il est entendu chaque fois qu'il le demande.

En cas de faute lourde dûment constatée commise par le directeur ou le comptable, l'autorité compétente de l'Etat peut, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français, mettre fin aux fonctions du directeur ou du comptable.

Article L723-8

Les délibérations de l'assemblée générale des délégués de la caisse nationale des barreaux français fixant le montant de la cotisation prévue à l'article L. 723-5 et le montant des retraites ne deviennent exécutoires que si, dans un délai déterminé à compter du jour où leur texte a été communiqué aux autorités compétentes de l'Etat, aucune de celles-ci n'a fait connaître qu'elle s'opposait à leur application.

Article L723-9

Le rôle des cotisations est rendu exécutoire par le premier président de chaque cour d'appel, sur l'avis du procureur général.

Section 3 : Prestations

Sous-section 1 : Prestations de retraite de base.

Article L723-10

Sauf dérogation accordée par délibération spéciale du conseil d'administration de la caisse, la pension ne peut être versée qu'à partir du moment où l'intéressé a acquitté la totalité des cotisations à sa charge y compris, s'il y a lieu, les majorations de retard.

Article L723-10-1

I.-La liquidation de la pension peut être demandée à partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1.

Lorsque l'intéressé a accompli la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, le montant de la pension de retraite est calculé en proportion de la durée d'assurance à la Caisse nationale des barreaux français.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les coefficients de réduction de la pension de retraite applicables en fonction de l'âge auquel est demandée la liquidation et de la durée d'assurance lorsque l'intéressé ne justifie pas de la durée prévue au deuxième alinéa du présent I.

La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa.

II.-L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé pour les assurés qui ont commencé leur activité avant un âge et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli une durée totale d'assurance et de périodes reconnues équivalentes dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée totale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré. Un décret précise les modalités d'application du présent II, et notamment les conditions dans lesquelles, le cas échéant, peuvent être réputées avoir donné lieu au versement de cotisations certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes.

III.-La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée, dans des conditions fixées par décret, pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente d'au moins 50 %, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans

un ou plusieurs autres régimes obligatoires au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret.

Article L723-10-1-1

Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues aux articles L. 351-4 à L. 351-4-2, adaptées en tant que de besoin par décret pour tenir compte des modalités particulières de calcul de la pension de ce régime.

Article L723-10-2

Sont liquidées sans coefficient de réduction, même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance prévue au deuxième alinéa de l'article L. 723-10-1, les pensions de retraite :

1° Des avocats ayant atteint l'âge déterminé en application du 1° de l'article L. 351-8 ;

2° Des avocats ayant atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 723-10-1 et relevant de l'une des catégories suivantes :

-reconnus atteints d'une incapacité physique d'exercer leur profession dans les conditions prévues à l'article L. 723-10-4 ;

-grands invalides mentionnés aux articles L. 36 et L. 37 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

-anciens déportés et internés titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique ;

-personnes mentionnées au 5° de l'article L. 351-8.

Les dispositions du présent article sont applicables au conjoint collaborateur de l'avocat non salarié mentionné à l'article L. 723-1.

3° Des travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension de retraite dans les conditions prévues au III de l'article L. 723-10-1.

Article L723-10-3

I.-Sont prises en compte par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats, pour l'assurance vieillesse, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et dans la limite totale de douze trimestres d'assurance :

1° Les périodes d'études accomplies dans les établissements, écoles et classes mentionnés à l'article L. 381-4 lorsque le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après lesdites études ; ces périodes d'études doivent avoir donné lieu à l'obtention d'un diplôme, l'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles étant assimilée à l'obtention d'un diplôme ; les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un Etat membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte ;

2° Les années civiles ayant donné lieu à affiliation au régime d'assurance vieillesse de base des avocats à quelque titre que ce soit, au titre desquelles il est retenu un nombre de trimestres inférieur à quatre.

II.-Par dérogation aux conditions prévues au I, le montant du versement de cotisations prévu pour la prise en compte des périodes mentionnées au 1° du même I peut être abaissé par décret pour les périodes de formation initiale, dans des conditions et limites tenant notamment au délai de présentation de la demande, fixé à dix ans à compter de la fin des études, et au nombre de trimestres éligibles à ce montant spécifique.

Article L723-10-4

L'incapacité physique d'exercer la profession d'avocat s'apprécie en déterminant si, à la date de la demande ou à une date postérieure, le requérant, compte tenu de son âge, de son état de santé, de ses capacités physiques et mentales, de ses aptitudes ou de sa formation professionnelle, n'est plus en mesure d'exercer cette activité professionnelle.

Les dispositions du présent article sont applicables au conjoint collaborateur de l'avocat non salarié mentionné à l'article L. 723-1 et appréciées au regard de l'incapacité à participer en qualité de conjoint collaborateur à l'activité de l'avocat.

Article L723-11

Les assurés ne justifiant pas d'une durée d'assurance déterminée ont droit à une fraction de l'allocation aux vieux travailleurs salariés mentionnée au chapitre Ier du titre Ier du livre VIII en fonction de cette durée.

Article L723-11-1

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 161-22, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

a) A partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;

b) A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa.

La pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut liquider cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celles-ci prennent fin.

Sous-section 6 : Action sociale.

Article L723-12

La caisse nationale des barreaux français exerce une action à caractère sanitaire et sociale.

Sous-section 7 : Dispositions communes.

Article L723-13

Toute demande de remboursement de trop-perçu en matière de prestations de vieillesse et d'invalidité est prescrite par un délai de deux ans à compter du paiement desdites prestations dans les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

En cas d'erreur de la caisse nationale, aucun remboursement de trop-perçu des prestations de vieillesse ou d'invalidité n'est réclamé à un pensionné de bonne foi lorsque ses ressources sont inférieures au chiffre limite fixé pour l'attribution, selon le cas, à une personne seule ou à un ménage, de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Lorsque les ressources de l'intéressé sont comprises entre ce plafond et le double de ce plafond, le remboursement ne peut pas être effectué d'office par prélèvement sur les prestations. Le cas et la situation du pensionné sont alors soumis au bureau du conseil d'administration statuant en commission de recours amiable qui accordera éventuellement la remise totale ou partielle de la dette et déterminera, le cas échéant, l'échelonnement de ce remboursement.

Article L723-13-1

Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application de la présente section.

Section 4 : Régime complémentaire d'assurance vieillesse et survivants.

Article L723-14

La caisse nationale des barreaux français peut décider l'institution pour les avocats d'un régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse et survivants.

Les conjoints collaborateurs visés au deuxième alinéa de l'article L. 723-1 sont également assujettis au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse et survivants.

La décision de la caisse nationale des barreaux français concernant l'institution du régime complémentaire n'entre en vigueur qu'après approbation par décret.

La Caisse nationale des barreaux français peut également constituer un régime complémentaire facultatif dans les conditions fixées par le code de la mutualité.

Article L723-15

Le régime complémentaire obligatoire est financé par les cotisations des assurés assises sur le revenu défini en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 ou sur les rémunérations brutes pour celles acquittées pour le compte des avocats visés au 19° de l'article L. 311-3, dans la limite d'un plafond.

L'alinéa précédent ne fait pas obstacle à l'application d'une convention entre la Caisse nationale des barreaux français et l'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage mentionné à l'article L. 5427-1 du code du travail, en vue du financement de droits à retraite complémentaire pour les avocats mentionnés au 19° de l'article L. 311-3 du présent code, au titre des périodes pendant lesquelles les assurés concernés ont bénéficié d'une allocation versée par cet organisme.

Les cotisations d'assurance vieillesse complémentaire du conjoint collaborateur de l'avocat non salarié ont pour assiette, sur demande, un pourcentage du revenu professionnel défini au premier alinéa. Avec l'accord de l'avocat, cette assiette peut être déduite du revenu défini au premier alinéa avant calcul de la cotisation de l'avocat au régime complémentaire.

Ces cotisations obligatoires sont versées et recouvrées dans les mêmes conditions que les cotisations du régime de base instituées par les articles L. 723-5 et L. 723-6-1.

Elles sont déductibles du revenu professionnel imposable.

Article L723-16

Le règlement mentionné à l'article L. 723-19 précise les conditions dans lesquelles, sur demande individuelle, la caisse nationale des barreaux français peut accorder, compte tenu des ressources de l'intéressé, une exonération des cotisations prévues à l'article L. 723-15 en faveur des avocats qui, à

titre individuel ou collectif, ont adhéré, avant la promulgation de la loi n° 79-7 du 2 janvier 1979, à des conventions instituant des régimes supplémentaires de retraites. Les droits des avocats qui bénéficieront de cette exonération seront réduits en conséquence.

Article L723-17

Le versement des prestations complémentaires est subordonné à des conditions d'âge, de cessation d'activité et de versement des cotisations dues.

Au décès du cotisant, une pension de réversion est attribuée dans des conditions fixées par le règlement prévu par l'article L. 723-19.

Article L723-19

Le régime complémentaire est régi par un règlement établi par la caisse nationale des barreaux français et approuvé par arrêté interministériel.

Article L723-20

Les décisions de la caisse nationale des barreaux français, tendant à modifier le taux des cotisations et le montant du plafond mentionné à l'article L. 723-15 ou à revaloriser les prestations, ne deviennent exécutoires que si, dans le délai d'un mois à compter du jour de leur notification aux autorités compétentes de l'Etat, aucune de celles-ci ne s'est opposée à leur application.

Article L723-21

Le régime complémentaire est géré par la caisse nationale des barreaux français. Ses opérations sont retracées dans un compte distinct.

Article L723-21-1

Le chapitre VI du titre VII du livre III est applicable aux prestations servies en application de la présente section.

Section 5 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L723-22

Les pensions de vieillesse payées par la Caisse nationale des barreaux français sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions et limites que les salaires. Toutefois, elles le sont dans la limite de 90 % au profit des établissements hospitaliers et des organismes de sécurité sociale pour le paiement des frais d'hospitalisation.

Article L723-23

Un décret en Conseil d'Etat fixe les mesures d'application des sections 1 à 3 du présent chapitre, et notamment les règles d'organisation et de fonctionnement de la caisse nationale des barreaux français.

Article L723-24

Les avocats exerçant leur profession dans un territoire français d'outre-mer, ainsi que les avocats français exerçant dans un territoire antérieurement placé sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France, peuvent cotiser volontairement à la caisse nationale des barreaux français.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles doit satisfaire l'exercice de la profession d'avocat pour ouvrir le bénéfice des dispositions du présent article.

Les demandes d'affiliation à la caisse nationale des barreaux français doivent être adressées à ladite caisse avant l'expiration d'un délai fixé par décret en Conseil d'Etat.

A dater de leur adhésion à l'assurance volontaire instituée au présent article, les intéressés doivent verser à la caisse nationale des barreaux français, outre les cotisations exigées des avocats inscrits à un barreau français, une cotisation spéciale calculée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 4 : Assurance volontaire

Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité

Section 1 : Dispositions concernant le régime des salariés

Sous-section 1 : Généralités.

Article L742-1

La faculté de s'assurer volontairement, pour les risques invalidité et vieillesse, est accordée aux personnes qui, ayant été affiliées obligatoirement pendant une durée déterminée, cessent de remplir les conditions de l'assurance obligatoire.

La même faculté est accordée, pour les mêmes risques, aux personnes qui, sans recevoir de rémunération, remplissent effectivement les fonctions et obligations de la tierce personne auprès de leur conjoint ou d'un membre de leur famille infirme ou invalide médicalement reconnu être dans l'obligation d'avoir recours, pour accomplir les actes ordinaires de la vie, à l'assistance constante d'une tierce personne, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsqu'elles ne peuvent prétendre au bénéfice des dispositions du 2° de l'article L. 381-1.

Il en est de même pour le risque vieillesse en ce qui concerne :

1° Les personnes salariées ou assimilées travaillant hors du territoire français et ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret ;

2°) Le parent ou le parent chargé de famille résidant en France ainsi que le parent ou le parent chargé de famille ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret, résidant hors du territoire français qui ne relève pas, à titre personnel, d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui satisfait à des conditions fixées par décret, notamment en ce qui concerne la situation de famille.

Il en est de même pour le risque invalidité en ce qui concerne le parent chargé de famille et résidant en France, qui n'exerce pas d'activité professionnelle et qui satisfait à des conditions fixées par décret, relatives à l'ouverture des droits et à la situation de famille.

Article L742-2

Les travailleurs salariés ou assimilés mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 742-1 qui adhèrent à l'assurance volontaire peuvent, pour les périodes durant lesquelles ils ont exercé, depuis le 1er juillet 1930, une activité salariée hors du territoire français, acquérir des droits à l'assurance vieillesse moyennant le versement des cotisations. Les cotisations sont égales à celles dues en application de l'article L. 351-14-1.

La même faculté est offerte, dans les mêmes conditions, aux personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret, qui ont exercé leur activité hors du territoire français et au conjoint survivant des salariés qui auraient pu bénéficier du présent article.

Article L742-3

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application des articles L. 742-1 et L. 742-2 et précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation et le mode de calcul des cotisations.

Sous-section 5 : Personnes ayant bénéficié de l'indemnité de soins aux tuberculeux.

Article L742-4

Les personnes qui ont bénéficié de l'indemnité de soins aux tuberculeux prévue à l'article L. 41 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ou leurs conjoints survivants, ont la faculté de racheter, au titre de l'assurance vieillesse volontaire du régime général de sécurité sociale, les cotisations pour la période correspondant au service de cette indemnité et qui n'est pas susceptible d'être validée gratuitement, à la condition que les titulaires de celle-ci n'aient acquis aucun droit à pension à raison d'une activité professionnelle durant cette période, et que ladite période ne soit pas susceptible d'être prise en considération pour l'ouverture et le calcul des droits à pension de vieillesse en application de l'article L. 161-21.

Article L742-5

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de l'article L. 742-4, notamment les conditions dans lesquelles les demandes sont présentées et le mode de calcul des cotisations ainsi que les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables.

Section 2 : Dispositions concernant les régimes des non salariés non agricoles

Sous-section 1 : Dispositions communes aux trois régimes.

Article L742-6

Peuvent adhérer volontairement à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés :

1°) les personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, exerçant une des activités professionnelles énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 ou L. 723-1 et résidant hors du territoire français. Les modalités d'application de cette disposition sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation ;

2°) les personnes qui, ayant exercé en dernier lieu une des activités énumérées aux articles L. 622-3 à L. 622-5 et ne pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse, n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale ;

3°) les personnes qui ont exercé une profession artisanale ou une profession industrielle ou commerciale au sens des articles L. 622-3 et L. 622-4 et qui cessent d'exercer directement cette activité en raison de la mise en location-gérance de leur fonds dont elles conservent la propriété ;

4°) les personnes ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et qui participent à l'exercice d'une activité professionnelle non-salariée non-agricole mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 ;

5°) Les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce qui, ayant été affiliés en dernier lieu et à titre obligatoire au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales, en application de l'article L. 622-8 du présent code, soit au régime d'assurance vieillesse des avocats, en application du deuxième alinéa de l'article L. 723-1, cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire, ne peuvent prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse et n'exercent aucune activité professionnelle susceptible de les assujettir à un régime de sécurité sociale. Les modalités d'application du présent 5°, notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation, sont déterminées par décret.

Article L742-7

Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 qui adhèrent à l'assurance volontaire prévue audit article peuvent, pour des périodes postérieures au 1er janvier 1949, pendant lesquelles elles ont exercé leur activité hors du territoire français, acquérir des droits aux prestations d'allocation vieillesse ou d'assurance vieillesse moyennant le versement de cotisations fixées par référence à celles dues en application de l'article L. 634-2-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée aux articles L. 622-3 et L. 622-4, ou par référence à celles dues en application de l'article L. 643-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-5.

La même faculté est offerte, pour acquérir les mêmes droits, aux personnes ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, qui ont exercé leur activité hors du territoire français, ainsi qu'au conjoint survivant des personnes qui auraient rempli les conditions requises pour bénéficier du présent article.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par un décret qui précise notamment les délais dans lesquels les intéressés doivent demander leur affiliation.

Ce même décret fixe les conditions dans lesquelles sont prises en compte, pour l'attribution des allocations de vieillesse, des périodes d'exercice, par les personnes mentionnées au présent article, d'une activité non salariée antérieure au 1er janvier 1949.

Article L742-8

Des arrêtés fixent forfaitairement pour chacune des années à prendre en considération, et pour chaque classe de cotisation, le montant du versement à effectuer par les intéressés.

Sous-section 2 : Dispositions communes aux régimes des professions artisanales et à celui des professions industrielles et commerciales.

Article L742-10

Pour les années donnant lieu au partage de l'assiette des cotisations, les dispositions de l'article L. 351-10 s'appliquent au total des droits acquis par les deux conjoints.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 4 : Assurance volontaire

Chapitre 3 : Assurance volontaire en matière d'accidents du travail.

Article L743-1

La faculté de s'assurer volontairement est accordée aux personnes qui ne bénéficient pas à un autre titre des dispositions du livre IV du présent code.

Dans ce cas, la cotisation est à leur charge. Les modalités de cette assurance et en particulier les prestations accordées sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Article L743-2

La faculté de souscrire une assurance couvrant les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles de leurs bénévoles est accordée aux oeuvres et organismes d'intérêt général entrant dans le champ d'application de l'article 200 du code général des impôts.

Les droits de l'assuré ne prennent effet qu'après acquittement des cotisations, qui sont à la charge des organismes mentionnés à l'alinéa précédent.

Les dispositions du livre IV du présent code sont applicables à cette assurance sous réserve des prescriptions spéciales du décret en Conseil d'Etat fixant les modalités d'application du présent article.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Dispositions particulières à la Guadeloupe, à la Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin

Chapitre 1er : Généralités.

Article L751-1

Les dispositions du présent titre s'appliquent en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin à l'ensemble des bénéficiaires de la législation générale de sécurité sociale, y compris les membres des professions agricoles.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Dispositions particulières à la Guadeloupe, à la Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin

Chapitre 2 : Organisation administrative et financière - Contentieux

Section 1 : Dispositions communes aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales.

Article L752-1

L'organisation technique et financière de la sécurité sociale comprend notamment en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion, une caisse générale de sécurité sociale et une caisse d'allocations familiales dont le siège est fixé par arrêté interministériel.

La caisse générale de sécurité sociale et la caisse d'allocations familiales de Guadeloupe sont compétentes, chacune dans leur domaine, pour l'application de la législation en matière de sécurité sociale à Saint-Martin.

L'application de la législation en matière de sécurité sociale à Saint-Barthélemy, pour la gestion des missions mentionnées aux articles L. 752-4, L. 752-7 et L. 752-8, est assurée par une caisse de mutualité sociale agricole, qui dispose localement d'une caisse de proximité, appelée "caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy", désignée par le directeur de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, dans des conditions définies par décret.

Il est créé un conseil de suivi de l'activité de la caisse à Saint-Barthélemy. Sa composition, ses modalités de fonctionnement et son champ d'intervention sont définis par décret.

Sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale les dispositions des articles L. 211-3 à L. 211-5, L. 211-7, L. 215-4, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6, L. 711-1 et L. 731-1.

Sont applicables aux caisses d'allocations familiales les dispositions des articles L. 211-7, L. 216-1 à L. 216-3, L. 281-4 à L. 281-6 et L. 711-1.

Article L752-2

Des arrêtés interministériels déterminent les règles imposées aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion, en matière de comptabilité, d'établissement de leur règlement intérieur et, généralement, dans tous les cas où sont applicables des dispositions différentes de celles prévues par la législation de sécurité sociale pour le fonctionnement des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et des caisses d'allocations familiales.

Les mêmes arrêtés précisent le rôle de la caisse nationale de l'assurance maladie, de la caisse nationale d'assurance vieillesse et de la caisse nationale des allocations familiales au regard des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion.

Article L752-3

Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des organismes de sécurité sociale sont tenus de signaler les dettes de cotisations exigibles dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, à l'institut d'émission des départements d'outre-mer, agissant pour le compte du Comité consultatif du secteur financier en vue de l'accomplissement de la mission confiée à ce dernier.

Un arrêté interministériel fixe le montant minimum des créances qui doivent faire l'objet d'une communication ainsi que les conditions de cette communication.

Article L752-3-1

A Saint-Pierre-et-Miquelon, les employeurs, y compris les employeurs du secteur artisanal, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions suivantes :

I.-L'exonération est égale à 100 % du montant des cotisations patronales, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, afférentes aux salaires et rémunérations des salariés employés dans la limite d'un montant de rémunération égal au salaire minimum de croissance majoré de 30 % dues par :

1° Les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail, occupant dix salariés au plus, dénombrés selon les dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail. Si l'effectif vient à dépasser le seuil de dix salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des dix salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif d'une entreprise passe au-dessous de onze salariés ;

2° Les entreprises du secteur du bâtiment et des travaux publics occupant cinquante salariés au plus à l'exclusion des entreprises et des établissements publics mentionnés à l'article L. 2211-1 du code du travail. Le taux d'exonération est réduit à 50 % au-delà de ce seuil d'effectif ;

3° A l'exclusion des entreprises et établissements publics mentionnés à l'article L. 2211-1 du code du travail :

-les entreprises de transport aérien assurant la liaison entre la métropole et les départements d'outre-mer ou les collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte, ou assurant la liaison entre ces départements ou ces collectivités, ou assurant la desserte intérieure de chacun de ces départements ou de la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon ; seuls sont pris en compte les personnels de ces entreprises concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés à Saint-Pierre-et Miquelon ;

les entreprises de Saint-Pierre-et-Miquelon assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points des îles de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Pour l'application des dispositions du présent I, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise à Saint-Pierre-et-Miquelon, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise compte plusieurs établissements à Saint-Pierre-et-Miquelon. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par les articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail.

II.-A l'exclusion des entreprises et établissements publics mentionnés à l'article L. 2211-1 du code du travail, l'exonération est égale à 100 % du montant des cotisations patronales, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans la limite d'un montant de rémunération égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 % applicable aux cotisations afférentes aux salaires et rémunérations des salariés employés par les entreprises, quel que soit leur effectif, des secteurs de l'industrie, de la restauration, à l'exception de la restauration de tourisme classée, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions, les coopératives maritimes et leurs unions.

III.-A l'exclusion des entreprises et établissements publics mentionnés à l'article L. 2211-1 du code du travail, l'exonération est égale à 100 % du montant des cotisations patronales, à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans la limite d'un montant de rémunération égal au salaire minimum de croissance majoré de 50 % applicable aux cotisations afférentes aux salaires et rémunérations des salariés employés par les entreprises, quel que soit leur effectif, des secteurs du tourisme, de la restauration de tourisme classée et de l'hôtellerie.

IV.-Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre des salariés employés dans chacune des activités relevant des secteurs mentionnés aux I, II et III au taux et sur l'assiette de rémunération correspondant à cette activité.

IV bis.-Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

V.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.

Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées à l'alinéa précédent, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.

V bis.-Lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-5 du code du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 du même code, le montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

Dans le cas où la périodicité de la négociation sur les salaires effectifs a été portée à une durée supérieure à un an en application de l'article L. 2242-20 dudit code, le présent V bis n'est pas applicable pendant la durée fixée par l'accord. Au terme de cette durée ou si une organisation signataire a demandé que cette négociation

soit engagée sans délai, lorsque l'employeur n'a pas rempli au cours d'une année civile l'obligation définie au 1° de l'article L. 2242-5 du même code, dans les conditions prévues aux articles L. 2242-1 à L. 2242-4 dudit code, le montant de l'exonération est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

V ter.-Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.

VI.-Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.

Article L752-3-2

I. - En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, les employeurs, à l'exclusion des entreprises publiques et établissements publics mentionnés à l'article L. 2233-1 du code du travail, sont exonérés du paiement des cotisations à leur charge au titre de la législation de sécurité sociale à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions définies au présent article.

II. - L'exonération s'applique :

1° Aux entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail, occupant moins de onze salariés. Si l'effectif vient à atteindre ou dépasser le seuil de onze salariés, le bénéfice intégral de l'exonération est maintenu dans la limite des onze salariés précédemment occupés ou, en cas de départ, remplacés. Un décret fixe les conditions dans lesquelles le bénéfice de l'exonération est acquis dans le cas où l'effectif d'une entreprise passe au-dessous de onze salariés ;

2° Aux entreprises, quel que soit leur effectif, du secteur du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la restauration, de la presse, de la production audiovisuelle, des énergies renouvelables, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et des centres d'appel, de la pêche, des cultures marines, de l'aquaculture, de l'agriculture, y compris les coopératives agricoles et sociétés d'intérêt collectif agricoles et leurs unions, ainsi que les coopératives maritimes et leurs unions, du tourisme, de la restauration de tourisme y compris les activités de loisirs s'y rapportant, et de l'hôtellerie ;

3° Aux entreprises de transport aérien assurant :

a) La liaison entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon ou Mayotte ;

b) La liaison entre ces départements ou collectivités ;

c) La desserte intérieure de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin.

Seuls sont pris en compte les personnels de ces entreprises concourant exclusivement à ces dessertes et affectés dans des établissements situés dans l'un de ces départements, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin ;

4° Aux entreprises assurant la desserte maritime ou fluviale de plusieurs points de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de La Réunion, de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, ou la liaison entre les ports de ces départements ou collectivités ou la liaison entre les ports de La Réunion et de Mayotte.

III. - A. - Pour les entreprises mentionnées au I de l'article 244 quater C du code général des impôts et, au titre des rémunérations définies aux quatrième et cinquième phrases du même I, pour les organismes mentionnés à l'article 207 du même code, l'exonération est calculée selon les modalités suivantes :

Le montant de l'exonération est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction de sa rémunération telle que définie à l'article L. 242-1. Lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 30 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 100 %.

Pour les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2211-1 du code du travail et occupant moins de onze salariés, lorsque la rémunération horaire est inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération horaire est égale ou supérieure à ce seuil et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Au-delà d'un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 60 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 130 %.

B. - Pour les entreprises, employeurs et organismes autres que ceux mentionnés au A :

1° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au deuxième alinéa du A en deçà duquel la rémunération est totalement exonérée de cotisations à la charge de l'employeur est égal au salaire minimum de croissance majoré de 40 %. Le seuil de la rémunération horaire mentionné au même deuxième alinéa du A à partir duquel l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 % ;

2° Le seuil de la rémunération horaire mentionné au dernier alinéa du A en deçà duquel la rémunération est exonérée, dans la limite de la part correspondant à une rémunération horaire égale au salaire minimum de croissance majoré de 40 %, est égal au salaire minimum de croissance majoré de 100 %. A partir de ce seuil, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 200 %.

IV. - Par dérogation au III, le montant de l'exonération est calculé selon les modalités prévues aux deux derniers alinéas du présent IV pour les entreprises situées en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin respectant les conditions suivantes :

1° Employer moins de deux cent cinquante salariés et avoir réalisé un chiffre d'affaires annuel inférieur à 50 millions d'euros ;

2° Avoir une activité principale relevant de l'un des secteurs d'activité éligibles à la réduction d'impôt prévue à l'article 199 undecies B du code général des impôts, ou de même nature dans le cas des entreprises exploitées à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin, ou correspondant à l'une des activités suivantes : comptabilité, conseil aux entreprises, ingénierie ou études techniques à destination des entreprises, recherche et développement ou technologies de l'information et de la communication ;

3° Etre soumises de plein droit ou sur option à un régime réel d'imposition ;

4° A l'exception des entreprises situées en Guyane, dans les îles des Saintes, à Marie-Galante, à La Désirade et dans les communes de La Réunion définies par l'article 2 du décret n° 78-690 du 23 juin 1978 portant création d'une zone spéciale d'action rurale dans le département de La Réunion, ainsi que dans les communes de la Guadeloupe et de la Martinique, dont la liste est fixée par décret, qui satisfont cumulativement aux trois critères suivants :

- elles sont classées en zone de montagne au sens de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne ;

- elles sont situées dans un arrondissement dont la densité de population, déterminée sur la base des populations légales en vigueur au 1er janvier 2009, est inférieure à 270 habitants par kilomètre carré ;

- leur population, au sens de l'article L. 2334-2 du code général des collectivités territoriales, était inférieure à 10 000 habitants en 2008 :

a) Exercer leur activité principale dans l'un des secteurs suivants : recherche et développement, technologies de l'information et de la communication, tourisme, y compris les activités de loisirs s'y rapportant, environnement, agronutrition ou énergies renouvelables ;

b) Ou :

- avoir signé avec un organisme public de recherche ou une université, y compris étrangers, une convention, agréée par l'autorité administrative, portant sur un programme de recherche dans le cadre d'un projet de développement sur l'un ou plusieurs de ces territoires si les dépenses de recherche, définies aux a à g du II de l'article 244 quater B du code général des impôts, engagées dans le cadre de cette convention représentent au moins 5 % des charges totales engagées par l'entreprise au titre de l'exercice écoulé ;

- ou avoir réalisé des opérations sous le bénéfice du régime de transformation sous douane défini aux articles 130 à 136 du règlement (CEE) n° 2913/92 du Conseil du 12 octobre 1992 établissant le code des douanes communautaire, si le chiffre d'affaires provenant de ces opérations représente au moins un tiers du chiffre d'affaires de l'exploitation au titre de l'exercice écoulé.

Les conditions prévues aux 1° et 2° s'apprécient à la clôture de chaque exercice.

Pour les entreprises mentionnées au présent IV, lorsque la rémunération horaire est inférieure ou égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %, le montant de l'exonération est égal au montant des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur. Lorsque la rémunération est supérieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 70 % et inférieure à un seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la rémunération est exonérée des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur, dans la limite de la part correspondant à une rémunération égale au salaire minimum de croissance majoré de 70 %. A partir du seuil égal au salaire minimum de croissance majoré de 150 %, la part de la rémunération sur laquelle est calculée l'exonération décroît et devient nulle lorsque la rémunération horaire est égale au salaire minimum de croissance majoré de 250 %.

Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent IV, pour les employeurs mentionnés au B du III du présent article, la rémunération horaire à partir de laquelle l'exonération devient nulle est égale au salaire minimum de croissance majoré de 350 %.

V. - Pour l'application du présent article, l'effectif pris en compte est celui qui est employé par l'entreprise dans chacune des collectivités mentionnées au I, tous établissements confondus dans le cas où l'entreprise compte plusieurs établissements dans la même collectivité. L'effectif est apprécié dans les conditions prévues par les articles L. 1111-2 et L. 1251-54 du code du travail.

Lorsque dans une même entreprise ou un même établissement sont exercées plusieurs activités, l'exonération est applicable au titre de l'activité exercée par chacun des salariés employés.

VI. - Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article est subordonné au fait, pour l'employeur, d'être à jour de ses obligations déclaratives ou de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement. La condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que l'employeur a, d'une part, souscrit et respecte un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquitte les cotisations en cours à leur date normale d'exigibilité.

Les exonérations prévues par le présent article ne peuvent être cumulées avec une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la déduction forfaitaire prévue à l'article L. 241-18.

VII. - Le bénéfice de l'exonération prévue au présent article, ainsi que de tous autres allègements et exonérations de cotisations patronales prévus par le présent code, est subordonné au fait, pour l'entreprise ou le chef d'entreprise, de ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale passée en force de chose jugée soit pour fraude fiscale, soit pour travail dissimulé, marchandage ou prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 5224-2, L. 8224-1, L. 8224-3, L. 8224-4, L. 8224-5, L. 8224-6, L. 8234-1 et L. 8234-2 du code du travail.

Lorsqu'un organisme chargé du recouvrement est avisé, par la transmission du procès-verbal établi par un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail, de la commission d'une des infractions mentionnées à l'alinéa précédent, il suspend la mise en œuvre des exonérations prévues par le présent article jusqu'au terme de la procédure judiciaire.

VIII. - Lorsque les exonérations mentionnées aux III et IV sont dégressives, le montant de celles-ci est déterminé par l'application d'une formule de calcul définie par décret. La valeur maximale du coefficient de dégressivité retenu pour cette formule est fixée par décret, dans la limite de la somme des taux des cotisations mentionnées au I pour une rémunération égale au salaire minimum de croissance.

Section 2 : Dispositions relatives aux caisses générales de sécurité sociale.

Article L752-4

Les caisses générales de sécurité sociale ont pour rôle :

1°) d'assurer pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, la gestion des risques maladie, maternité, décès et invalidité, la gestion des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) d'assurer pour les exploitants agricoles la gestion des risques maladie, invalidité et maternité, dans les conditions prévues par l'article L. 762-24 du code rural ;

3°) de gérer le risque vieillesse :

a. des salariés relevant de la caisse nationale d'assurance vieillesse, pour le compte de ladite caisse ;

b. des salariés agricoles ;

c. des exploitants agricoles dans les conditions fixées par l'article L. 762-1 du code rural ;

4°) d'exercer une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

5°) d'exercer une action sanitaire et sociale dans leurs circonscriptions en faveur de l'ensemble des salariés et, dans les conditions prévues par l'article L. 762-25 du code rural, d'exercer une action sanitaire et sociale en faveur des exploitants agricoles.

6°) D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences dévolues à l'organisme mentionné à l'article L. 213-4.

Article L752-5

Au sein de chaque caisse générale de sécurité sociale instituée en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion, trois sections spéciales sont respectivement affectées :

1°) à la gestion des risques maladie, maternité, décès, invalidité ;

2°) à la gestion du risque vieillesse et au service de l'allocation aux vieux travailleurs salariés ;

3°) à la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L752-6

Chaque caisse générale de sécurité sociale de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion est administrée par un conseil d'administration de vingt-cinq membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

-cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

-trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

3° Trois représentants des exploitants agricoles désignés par les organisations professionnelles nationales représentatives ;

4° Deux représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;

5° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses générales de sécurité sociale et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités et au moins un représentant de l'organisation la plus représentative des exploitants agricoles dans le ressort de la caisse, au sens du premier alinéa du I de l'article 2 de la loi n° 99-574 du 9 juillet 1999 d'orientation agricole (1).

Siègent également, avec voix consultative :

1° Un représentant des associations familiales désigné par l'union départementale des associations familiales territorialement compétente dans la circonscription de la caisse ;

2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Section 3 : Dispositions relatives aux caisses d'allocations familiales.

Article L752-7

Les caisses d'allocations familiales ont pour rôle d'assurer le service des prestations familiales et d'exercer une action sociale en faveur de leurs ressortissants et de leurs familles dans le cadre d'un programme particulier défini par arrêté interministériel après avis de leurs conseils d'administration et du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales.

Le financement de cette action sociale est assuré par l'affectation d'un pourcentage, fixé par arrêté interministériel, des ressources de chaque caisse, telles qu'elles sont mentionnées à l'article L. 241-6.

Article L752-8

Les caisses d'allocations familiales doivent, en outre, contribuer à la prise en charge des frais de restauration scolaire.

Le financement de cette action sociale spécifique est assuré par l'affectation d'une fraction des ressources des caisses, telles qu'elles sont mentionnées à l'article L. 241-6, dont le montant global est fixé annuellement pour chaque caisse par arrêté interministériel.

Les régimes autres que le régime général contribuent au financement de l'action sociale spécifique, en fonction des dépenses engagées pour leurs bénéficiaires, dans des conditions fixées par arrêté interministériel.

Article L752-9

Chaque caisse d'allocations familiales de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion est administrée par un conseil d'administration de vingt-six membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

-cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

-trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ;

3° Trois représentants des exploitants agricoles désignés par les organisations professionnelles nationales représentatives ;

4° Trois représentants des associations familiales désignés par l'union départementale des associations familiales territorialement compétente ;

5° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales et désignées par l'autorité compétente de l'Etat dont au moins un représentant de l'organisation la plus représentative des exploitants agricoles dans le ressort de la caisse, au sens du premier alinéa du I de l'article 2 de la loi n° 99-574 du 9 juillet 1999 d'orientation agricole.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

Section 4 : Contentieux

Sous-section 1 : Contentieux général - Contentieux technique.

Article L752-10

Les différends nés, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, de l'application des législations et réglementations relatives aux prestations familiales en vigueur dans ces collectivités relèvent du contentieux général de la sécurité sociale, tel qu'il est déterminé par les articles L. 142-1 à L. 142-3 et les textes pris pour leur application.

Article L752-11

Les dispositions des chapitres 2 à 4 du titre IV du livre I relatives en matière de contentieux général et technique tant aux caisses primaires d'assurance maladie qu'aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et aux caisses d'allocations familiales sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de La Réunion.

Article L752-12

Les dispositions des articles L. 752-10 et L. 752-11 sont, nonobstant les dispositions de l'article L. 142-3 et du dernier alinéa de l'article L. 143-1, applicables aux différends nés à l'occasion des accidents du travail survenus et des maladies professionnelles contractées dans l'exercice des professions agricoles.

Section 5 : Dispositions diverses.

Article L752-13

Les dispositions des articles L. 151-1, L. 153-1, L. 231-5, L. 273-1, L. 281-1 et L. 281-3 sont applicables dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Article L752-14

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 752-6 et L. 752-9.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Dispositions particulières à la Guadeloupe, à la Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin

Chapitre 3 : Assurances sociales.

Article L753-1

Un décret en Conseil d'Etat fixe avec effet du 1er janvier 1957 les conditions d'application et d'adaptation du décret n° 55-568 du 20 mai 1955 aux assurés des collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Section 1 : Assurance maladie, maternité, invalidité-décès

Sous-section 2 : Soins.

Article L753-2

En cas de besoin constaté pour une région déterminée et plus spécialement lorsqu'un personnel médical ne pourra assurer, d'une façon satisfaisante, les soins à la population, des centres de médecine collective peuvent être créés, soit par une collectivité publique ou privée, soit par la caisse générale de sécurité sociale, après avis du syndicat des médecins du département ou de la collectivité et jusqu'à ce que les conditions normales d'exercice de la médecine soient réalisées dans la région intéressée.

Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont créés ou habilités ces centres, ainsi que leurs modalités de fonctionnement administratif et financier.

Article L753-3

Les frais pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, ainsi que d'acquisition et de renouvellement des appareils, sont remboursés par les caisses dans les conditions prévues aux articles L. 162-14, au troisième alinéa de l'article L. 162-17 et à l'article L. 314-1.

Un arrêté interministériel peut déroger aux tarifs limites prévus auxdits articles.

Article L753-4

Les médicaments remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés à l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7.

Les produits et prestations remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7.

La liste établie dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 162-17 est complétée pour tenir compte des nécessités particulières aux collectivités intéressées, notamment dans le domaine de la prophylaxie et de la thérapeutique palustres.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables :

1° Aux prix ou aux marges, fixés en application de l'article L. 162-16-4 ou de l'article L. 162-38, ou aux tarifs forfaitaires de responsabilité, prévus à l'article L. 162-16, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 162-17 ;

2° Aux prix de cession fixés en application de l'article L. 162-16-5 pour les médicaments mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ;

3° Aux tarifs de responsabilité fixés en application de l'article L. 162-16-6 pour les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;

4° Aux tarifs de responsabilité et, le cas échéant, aux prix des produits et prestations mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7.

Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole.

Sous-section 6 : Détenus.

Article L753-5

Les aménagements nécessaires pour l'application des dispositions relatives à la situation des détenus et de leur famille au regard des assurances maladie et maternité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Section 2 : Assurance vieillesse

Sous-section 2 : Personnes qui ont la charge d'un enfant handicapé ou d'un handicapé adulte.

Article L753-6

Les personnes résidant dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 qui ont la charge d'un enfant, d'un adulte handicapé ou d'une personne âgée dépendante, dans les conditions prévues aux quatrième à huitième alinéas de l'article L. 381-1, sont affiliées obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

Sous-section 3 : Détenus.

Article L753-7

Les aménagements nécessaires pour l'application des dispositions relatives à la situation des détenus au regard des assurances vieillesse dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Section 3 : Dispositions diverses

Sous-section 1 : Invalides de guerre.

Article L753-8

Les bénéficiaires de la section 5 du chapitre 1er du titre VIII du livre III sont affiliés s'ils résident dans l'une des collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, à la caisse générale de sécurité sociale de cette collectivité dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Sous-section 2 : Fonctionnaires de l'Etat.

Article L753-9

Le bénéfice du régime de sécurité sociale mentionné au chapitre 2 du titre Ier du livre VII est applicable aux fonctionnaires de l'Etat servant dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Des décrets déterminent les conditions dans lesquelles les agents de l'Etat non titulaires bénéficient de ce régime.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Dispositions particulières à la Guadeloupe, à la Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin

Chapitre 4 : Accidents du travail

Section 1 : Accidents survenus et maladies professionnelles constatées depuis le 1er janvier 1952.

Article L754-1

Dans le cas où les conditions locales de communication ou de transmission ne permettraient pas de respecter les délais fixés en application des articles L. 441-1 à L. 441-6, L. 442-3, L. 442-4 et L. 461-5, il peut y être dérogé dans les limites qui sont fixées pour chaque collectivité mentionnée à l'article L. 751-1 par arrêtés interministériels.

Article L754-2

A titre transitoire et à défaut d'agent assermenté agréé, la caisse générale de sécurité sociale peut faire procéder à l'enquête par un fonctionnaire désigné par le préfet avec l'accord du directeur régional ou départemental de la sécurité sociale.

Article L754-3

En cas d'accident suivi de mort, survenu dans les limites de sa circonscription et dans les conditions prévues par l'article L. 435-2, la caisse générale de sécurité sociale supporte les frais de transport du corps de la victime au lieu de sépulture demandé par la famille et situé dans ladite circonscription.

Pour l'application du présent article, les caisses générales de la Martinique et de la Guadeloupe sont considérées comme ayant une circonscription commune.

Section 2 : Accidents survenus et maladies professionnelles constatées avant le 1er janvier 1952.

Article L754-4

Pour l'application des articles L. 413-2 et L. 413-5 aux professions agricoles et non-agricoles dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, la date du 1er janvier 1947 est remplacée par celle du 1er janvier 1952.

Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article.

Section 3 : Dispositions concernant certaines catégories.

Article L754-5

Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 811-2 du code du travail, qui assurent la formation pratique d'un apprenti, d'un salarié en contrat d'adaptation, d'un salarié en contrat d'orientation ou d'un salarié en contrat de qualification dans l'entreprise bénéficiant, pendant l'exercice de leur mission, des dispositions du livre IV, selon des modalités d'application qui seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Dispositions particulières à la Guadeloupe, à la Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin

Chapitre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Section 1 : Généralités.

Article L755-1

Dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, le financement, les conditions d'attribution et le montant des prestations familiales sont fixés par les dispositions du présent chapitre.

Article L755-2

Les dépenses incombant aux caisses d'allocations familiales sont couvertes par une cotisation des employeurs. Cette cotisation est assise sur les salaires dans les conditions déterminées par un arrêté interministériel. Les modalités de recouvrement de la cotisation sont déterminées dans les mêmes formes.

Article L755-2-1

Les prestations familiales prévues aux articles L. 755-11 à L. 755-22 et les cotisations prévues au 2° de l'article L. 241-6 et à l'article L. 242-11 sont étendues aux travailleurs indépendants. Le versement des prestations est subordonné au paiement préalable par ces catégories des cotisations correspondantes.

Article L755-3

Les dispositions des articles L. 512-1 à L. 512-4, L. 513-1, L. 521-2, L. 552-1, L. 553-1, L. 553-2, L. 553-4 et L. 583-3 sont applicables aux collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

La base de calcul des prestations familiales est la même que celle qui est fixée en application de l'article L. 551-1.

Article L755-4

Dans le cadre de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial prévue à l'article 375-9-1 du code civil, le juge peut décider qu'une personne qualifiée, dite "délégué aux prestations familiales", perçoit tout ou partie des prestations familiales dues au bénéficiaire de la mesure.

Le présent article n'est pas applicable à la prime forfaitaire prévue au II de l'article L. 524-5.

La charge des frais de la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial incombe à l'organisme débiteur de la prestation due à la famille et perçue par le délégué. Si plusieurs prestations sociales sont perçues par le délégué, la charge incombe à l'organisme versant la prestation au montant le plus élevé.

Article L755-9

Le bénéfice des dispositions instituant un régime de prestations familiales dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 et dans les territoires ou collectivités relevant du ministre chargé des départements et territoires d'outre-mer, est étendu aux salariés qui travaillent en France métropolitaine dans les professions mentionnées par ce régime et dont les enfants résident dans ces départements ou dans ces territoires. La charge [*financière*] des prestations ainsi attribuées est supportée par les organismes métropolitains.

Article L755-10

Dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, la charge et le service des prestations familiales dues aux personnels de l'Etat et des collectivités locales continuent à être assumés dans les conditions en vigueur à la date du 22 août 1967.

Le taux des prestations familiales pour les fonctionnaires est le même que celui en vigueur dans la métropole.

Les dispositions des articles L. 513-1 et L. 521-1 sont applicables aux personnels mentionnés au présent article.

Article L755-10-1

Nonobstant les dispositions de l'article L. 755-10, l'allocation de logement familiale mentionnée à l'article L. 755-21 ainsi que la prestation d'accueil du jeune enfant visée à l'article L. 531-1 sont versées par les caisses d'allocations familiales aux personnels de l'Etat, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière dans les conditions prévues au présent livre.

Section 2 : Allocations familiales.

Article L755-11

Les conditions d'attribution des allocations familiales et de leurs majorations fixées par les articles L. 521-1 et L. 521-3 sont applicables dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Toutefois, les dispositions de l'article L. 755-12 restent en vigueur aussi longtemps que le présent chapitre V est applicable.

Article L755-12

Les allocations familiales sont dues, pour tout enfant, à la personne qui a effectivement la charge de celui-ci.

Toutefois, les quatre derniers alinéas de l'article L. 521-1 ne sont pas applicables lorsque le ménage ou la personne a un seul enfant à charge.

Article L755-15

Les dispositions du chapitre 4 du livre Ier du code du travail ancien sont applicables aux communes et aux établissements publics départementaux et communaux pour la totalité du personnel qu'ils emploient. Elles ne sont pas applicables aux départements, aux communes, aux établissements publics départementaux et communaux dans lesquels des régimes particuliers d'allocations familiales ont été institués.

Section 3 : Complément familial.

Article L755-16

Le complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre d'enfants à charge et qui a un ou plusieurs enfants à charge, à la condition que chacun d'entre eux ait un âge supérieur à l'âge limite prévu au premier alinéa de l'article L. 531-1 et qu'au moins l'un d'entre eux ait un âge inférieur à un âge limite et que le plus jeune des enfants n'ait pas atteint un âge déterminé.

Le plafond de ressources est identique à celui retenu pour l'attribution de l'allocation de rentrée scolaire.

Article L755-16-1

Un montant majoré du complément familial est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond qui varie en fonction du nombre des enfants à charge et qui est inférieur à celui défini à l'article L. 755-16. Le niveau du plafond de ressources varie conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac.

Les taux respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont fixés par décret.

Section 4 : Allocation de soutien familial.

Article L755-17

L'allocation de soutien familial est attribuée dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 dans les conditions fixées par décret.

Section 5 : Allocation de parent isolé.

Section 6 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Article L755-19

La prestation d'accueil du jeune enfant est attribuée dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 dans les conditions définies au titre III du livre V du présent code.

L'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant n'est pas cumulable avec les allocations familiales et leurs majorations pour âge servies au titre d'un seul enfant à charge.

L'allocation de base et la prestation partagée d'éducation de l'enfant ne sont pas cumulables avec le complément familial défini à l'article L. 755-16.

Section 7 : Allocation d'éducation spéciale.

Article L755-20

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribuée dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, dans des conditions fixées par décret.

Section 8 : Allocation de logement familiale. # Primes de déménagement. # Prêts à l'amélioration de l'habitat # Prêts à l'amélioration du lieu d'accueil.

Article L755-21

L'allocation de logement est attribuée dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 aux personnes comprises dans le champ d'application des 3°, 4° et 5° de l'article L. 542-1, de l'article L762-6 du code rural et de la pêche maritime et aux personnes qui ont au moins un enfant à charge au sens de l'article L. 512-3.

Un décret fixe l'âge limite pour l'ouverture du droit à cette allocation pour tout enfant dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3 à condition qu'il poursuive des études, ou qu'il soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail, ou qu'il se trouve, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle.

Les articles L. 542-2, L. 542-2-1, L. 542-5, L. 542-5-1, L. 542-6, L. 542-7, L. 542-7-1 et L. 542-8 sont applicables dans ces collectivités, dans les conditions fixées par un décret qui détermine les adaptations nécessaires.

Article L755-21-1

Les prêts à l'amélioration de l'habitat ainsi que les prêts à l'amélioration du lieu d'accueil sont applicables aux collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 dans les conditions définies aux 1° et 2° de l'article L. 542-9.

Section 9 : Allocation de rentrée scolaire.

Article L755-22

L'allocation de rentrée scolaire est attribuée dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Section 12 : Dispositions concernant certaines catégories.

Article L755-29

Les marins pêcheurs non-salariés dont la famille réside dans l'une des collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 et qui pratiquent la pêche maritime artisanale dans des conditions conformes aux dispositions applicables à la profession, ainsi que les marins embarqués au cabotage et à la navigation côtière, sont obligatoirement affiliés à la caisse d'allocations familiales du département dans lequel ils sont domiciliés.

Un décret fixe les modalités d'affiliation des intéressés.

Article L755-30

La cotisation due par les marins pêcheurs ou par les armateurs ou patrons est assise sur le salaire forfaitaire pris en compte pour le calcul de la contribution de la catégorie intéressée aux caisses de l'établissement national des invalides de la marine.

Un arrêté interministériel fixe, en fonction du revenu professionnel défini à l'alinéa précédent, le montant des cotisations.

La cotisation à la charge des marins pêcheurs non-salariés est exigible du fait que l'intéressé exerce son activité dans les conditions fixées à l'article L. 755-29, même s'il n'a pas la qualité d'allocataire.

La cotisation pour les inscrits maritimes embarqués au cabotage ou à la navigation côtière est à la charge des armateurs ou patrons.

Section 14 : Allocation journalière de présence parentale

Article L755-33

L'allocation journalière de présence parentale est attribuée dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Dispositions particulières à la Guadeloupe, à la Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin

Chapitre 6 : Régimes des travailleurs non salariés non agricoles

Section 2 : Assurance vieillesse

Sous-section 1 : Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse.

Article L756-1

Des décrets déterminent les modalités d'application, dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, des titres II, III et IV du livre VI, en fixant, notamment, les conditions de validation des périodes d'activité professionnelle accomplies par les travailleurs non-salariés des départements d'outre-mer, antérieurement à la mise en application dans lesdits départements des régimes d'assurance vieillesse prévus par les dispositions des titres susmentionnés, compte tenu des droits acquis durant la période d'application de l'article 73 de la loi de finances pour 1963 (2ème partie - moyens des services et dispositions spéciales) n° 63-156 du 23 février 1963.

Ces décrets fixent les conditions dans lesquelles, sur demande individuelle, les organismes chargés de la gestion de l'assurance vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles peuvent accorder, compte tenu des ressources de l'intéressé et le cas échéant de son conjoint, une réduction ou une exonération des cotisations au régime de base et aux régimes complémentaires d'assurance vieillesse, en faveur des personnes qui, à titre individuel ou collectif, ont adhéré volontairement avant le 1er avril 1968 à des contrats en vue de la constitution de retraite. Les droits des intéressés sont réduits en conséquence.

Sous-section 2 : Dispositions applicables aux professions artisanales, industrielles et commerciales.

Article L756-2

Pour les personnes commençant à exercer dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée les assujettissant soit au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, soit au régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales, aucune cotisation n'est due au titre de l'année ou de la fraction d'année de début d'exercice.

Article L756-3

Les personnes exerçant dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée artisanale, industrielle ou commerciale, sont exonérées du versement de toute cotisation lorsque leur revenu d'activité ne dépasse pas un certain montant fixé par décret.

Section 3 : Cotisations et contributions des employeurs et travailleurs indépendants

Article L756-4

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 242-11, des deux premiers alinéas des articles L. 612-4 et L. 633-10 et du deuxième alinéa de l'article L. 136-3 du présent code et aux dispositions du second alinéa du I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et les contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale, sur une assiette égale à la moitié des revenus concernés, sous réserve des dispositions de l'article L. 756-3. Lorsque leurs revenus sont inférieurs à un montant fixé par décret, ces travailleurs indépendants sont exonérés des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4.

Article L756-5

Par dérogation aux dispositions des quatre premiers alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et les contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont calculées, à titre définitif, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-6-2, la personne débutant l'exercice d'une activité indépendante non agricole est exonérée des cotisations et contributions, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Dispositions particulières à la Guadeloupe, à la Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin

Chapitre 7 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés

Section 1 : Allocations aux personnes âgées

Sous-section 1 : Allocations aux vieux travailleurs salariés.

Article L757-1

La condition d'âge exigée pour l'attribution des allocations forfaitaires prévues au chapitre 1er du titre I du livre VIII est applicable, dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, selon des conditions fixées par décret.

L'article L. 811-14 est applicable dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Section 2 : Allocation aux adultes handicapés.

Article L757-3

Des dispositions réglementaires déterminent, le cas échéant, les adaptations nécessaires à la mise en oeuvre, dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, des modalités d'application du titre II du livre VIII. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Dispositions particulières à la Guadeloupe, à la Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin

Chapitre 8 : Dispositions diverses.

Article L758-1

Dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, le tarif de la cotisation sur les boissons alcooliques, prévu à l'article L. 245-9 est fixé à 0,04 euro par décilitre ou fraction de décilitre, pour les rhums, tafias et spiritueux composés à base d'alcool de cru produits et consommés sur place.

Article L758-2

Des décrets d'application adapteront, en tant que de besoin, aux collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, les dispositions des articles L. 711-5, L. 741-1 à L. 741-5 et L. 741-9 à L. 741-13.

Article L758-3

Un décret détermine les conditions dans lesquelles les ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime de sécurité sociale et qui résident dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 et à Mayotte bénéficient des dispositions relatives à l'assurance maladie-maternité, prévues à la section 4 du chapitre 1er du titre VIII du livre III, et des régimes d'assurance vieillesse et invalidité prévus au chapitre 1er du titre II du livre VII.

Article L758-4

Les compétences dévolues par le code de la sécurité sociale aux agences régionales de santé sont exercées à Saint-Pierre-et-Miquelon par l'administration territoriale de santé et les compétences dévolues au directeur général de l'agence régionale de santé sont exercées par le représentant de l'Etat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 1441-1 du code de la santé publique.

Pour l'application des dispositions du présent code relatives aux agences régionales de la santé en Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, la référence à l'agence de santé de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin se substitue à la référence à l'agence régionale de santé.

Pour l'application des dispositions du présent code relatives aux agences régionales de la santé à La Réunion et à Mayotte, la référence à l'agence de l'océan Indien se substitue à la référence à l'agence régionale de santé.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 1er : Travailleurs salariés détachés à l'étranger

Section 1 : Dispositions générales.

Article L761-1

Les travailleurs détachés temporairement à l'étranger par leur employeur pour y exercer une activité salariée ou assimilée qui demeurent soumis à la législation française de sécurité sociale en vertu de conventions ou de règlements internationaux, sont réputés, pour l'application de cette législation, avoir leur résidence et leur lieu de travail en France.

Article L761-2

S'ils ne sont pas ou ne sont plus concernés par l'article L. 761-1, les travailleurs détachés temporairement à l'étranger par leur employeur pour y exercer une activité salariée ou assimilée, rémunérée par cet employeur, sont soumis à la législation française de sécurité sociale à la condition que l'employeur s'engage à s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues.

La durée maximale pendant laquelle les travailleurs mentionnés au premier alinéa peuvent être soumis à la législation française de sécurité sociale est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Pour l'application de cette législation, ils sont réputés avoir leur résidence et leur lieu de travail en France.

Section 2 : Personnels français non titulaires en service dans les administrations, services et établissements de l'Etat à l'étranger.

Article L761-3

Les personnels français non titulaires en service dans les administrations, services et établissements de l'Etat à l'étranger, rémunérés soit sur le budget général de l'Etat français, soit sur le budget d'une administration, d'un service ou d'un établissement français figurant sur une liste fixée par arrêté interministériel bénéficient,

s'ils ont été recrutés en France et sont admis à la gratuité du voyage à l'occasion de leurs congés, de l'ensemble des dispositions du livre III, dans des conditions fixées par décret.

Article L761-4

Les dispositions du livre III s'appliquent dans les mêmes conditions aux agents français non titulaires des administrations, services et établissements de l'Etat français, rémunérés soit sur le budget général de l'Etat français, soit sur le budget d'une administration, d'un service ou d'un établissement français figurant sur une liste fixée par arrêté interministériel, à l'occasion des missions effectuées à l'étranger par ces agents.

Section 3 : Travailleurs assujettis à un régime spécial de sécurité sociale.

Article L761-5

Des décrets en Conseil d'Etat fixent les conditions dans lesquelles peuvent être maintenus au profit soit des travailleurs assujettis à un régime spécial de sécurité sociale avant leur départ en service ou en mission à l'étranger, soit des personnels titulaires d'un contrat de coopération, l'affiliation, pour une ou plusieurs branches d'assurances, à leur régime propre et le droit aux prestations. Ils peuvent adapter le taux ainsi que l'assiette des cotisations et des prestations aux modalités particulières de rémunération et d'emploi des intéressés, sous réserve de l'application des articles L. 712-1 et L. 713-3 pour les fonctionnaires détachés ou en activité à l'étranger.

Section 4 : Personnel civil de coopération culturelle, scientifique et technique auprès d'Etats étrangers.

Article L761-6

En matière de sécurité sociale, les personnels mentionnés par l'article 2 de la loi n° 72-659 du 13 juillet 1972, autres que les fonctionnaires titulaires de l'Etat, les fonctionnaires des assemblées parlementaires et les magistrats de l'ordre judiciaire qui demeurent soumis aux dispositions qui leur sont propres, bénéficient des dispositions suivantes sous réserve de l'application des conventions internationales.

En ce qui concerne la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, ils sont régis par les dispositions du livre IV du présent code dans les mêmes conditions que les agents non titulaires de l'Etat.

Pour la couverture des risques maladie, vieillesse, invalidité et décès ainsi que des charges de maternité, ceux qui sont déjà tributaires d'un régime de sécurité sociale conservent le bénéfice de ce régime. Les autres sont affiliés au régime général de sécurité sociale.

Les personnels qui ne relèvent pas d'un autre régime complémentaire de retraites bénéficient du régime complémentaire de retraites prévu pour les agents non titulaires de l'Etat dans les conditions fixées pour ces derniers.

Un décret détermine la rémunération servant à l'assiette particulière des cotisations et au calcul des indemnités, rentes et pensions.

Les obligations de l'employeur, y compris le cas échéant celles qui sont relatives à un régime complémentaire de retraite, sont assumées à l'égard des agents mentionnés à l'article 2 de la loi n° 72-659 du 13 juillet 1972 par l'Etat français.

Les avantages prévus au présent article sont accordés aux intéressés sous déduction des avantages de même nature accordés par l'Etat ou l'organisme auprès duquel ils accomplissent leur mission de coopération.

Un décret fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.

Section 5 : Prestations

Article L761-7

Sous réserve des dispositions des règlements européens et des conventions bilatérales concernant les travailleurs mentionnés à l'article 761-1, les soins dispensés à l'étranger aux bénéficiaires du présent chapitre ouvrent droit à des prestations servies sur la base des dépenses réellement exposées, dans la limite des prestations qui auraient été servies pour des soins analogues reçus en France. Des tarifs de responsabilité particuliers peuvent être fixés par arrêté ministériel.

Ne sont pas applicables les dispositions des chapitres II à V du titre VI du livre Ier, les dispositions relatives aux transports sanitaires du livre III ainsi que celles figurant au chapitre II du titre III du livre IV.

Les autorités consulaires françaises communiquent à la caisse compétente toutes informations nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Section 6 : Dispositions d'application

Article L761-8

Sauf disposition contraire, les mesures nécessaires à l'application du présent chapitre sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 2 : Travailleurs salariés expatriés

Section 1 : Généralités.

Article L762-1

Les travailleurs salariés ou assimilés de nationalité française qui exercent leur activité dans un pays étranger et qui ne sont pas ou ne sont plus soumis à la législation française de sécurité sociale en vertu d'une convention internationale ou de l'article L. 761-2 ont la faculté de s'assurer volontairement contre :

1°) les risques de maladie et d'invalidité et les charges de la maternité ;

2°) les risques d'accidents du travail et de maladie professionnelle.

Le travailleur peut adhérer, au choix, soit à l'une ou l'autre de ces assurances, soit aux deux.

Il peut aussi adhérer à l'assurance volontaire contre le risque vieillesse prévue à l'article L. 742-1.

Les entreprises de droit français peuvent, pour le compte des travailleurs salariés français et des collaborateurs assimilés dans des conditions fixées par décret qu'elles emploient à l'étranger, effectuer les formalités nécessaires à l'adhésion de ces personnes aux assurances volontaires mentionnées aux alinéas précédents ou à certaines d'entre elles. Elles doivent effectuer ces formalités lorsque les salariés le demandent.

Les services déconcentrés de l'Etat installés à l'étranger, ainsi que les établissements d'enseignement, de recherche, culturels, sanitaires à l'étranger subventionnés par le budget de l'Etat doivent, à la demande et pour le compte des travailleurs français qu'ils emploient localement, effectuer les formalités nécessaires à l'adhésion de ces personnes aux assurances volontaires mentionnées aux alinéas précédents ou à certaines d'entre elles.

Article L762-2

Les pensions d'invalidité et les prestations en espèces de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles sont calculées sur la base du salaire retenu pour l'assiette des cotisations et dans les limites fixées aux articles L. 434-16 pour le calcul de la rente et L. 433-2 pour le calcul de l'indemnité journalière.

Article L762-3

La couverture des charges résultant de l'application du présent chapitre est assurée par des cotisations calculées :

1°) pour ce qui concerne l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité, sur la base d'une assiette forfaitaire. Les assurés volontaires sont répartis dans les conditions fixées par décret, en fonction de leurs rémunérations professionnelles en trois catégories, fixées par référence au plafond des cotisations de sécurité sociale et dans la limite de celui-ci ;

2°) pour ce qui concerne l'assurance volontaire accident du travail, sur la base d'un niveau de salaire choisi par l'intéressé entre un minimum et un maximum dans les conditions fixées par décret.

Ces cotisations sont à la charge du travailleur. Elles peuvent également être prises en charge, en tout ou en partie, pour le compte du travailleur, par son employeur.

Le taux desdites cotisations est fixé par décret ; il est révisé si l'équilibre financier de chacune des assurances volontaires l'exige.

Lorsqu'il accepte cette prise en charge et qu'il effectue les formalités nécessaires à l'adhésion de ses travailleurs aux assurances volontaires ou à certaines d'entre elles, l'employeur doit informer expressément la caisse des Français de l'étranger de sa volonté de se substituer aux salariés pour le paiement de tout ou partie des cotisations. Le taux des cotisations mentionnées au 1° du présent article est arrêté par l'autorité compétente de l'Etat, après avis de la caisse des Français de l'étranger, selon des modalités fixées par décret qui tiennent compte des réductions de dépenses liées aux adhésions présentées par les entreprises pour le compte de leurs travailleurs.

La part de cotisation prise en charge par l'employeur ne peut dans tous les cas être inférieure à une fraction, fixée par décret, du montant total de la cotisation.

La Caisse des Français de l'étranger peut accorder, selon des modalités fixées par décret, des ristournes sur le taux des cotisations mentionnées au 2°, tenant compte des accidents du travail reconnus dont ont été victimes les salariés d'entreprises mandataires d'un nombre minimum d'adhérents, dans la mesure où l'équilibre financier du risque est respecté.

Article L762-4

La caisse des Français de l'étranger peut offrir aux travailleurs salariés ou assimilés adhérant aux assurances instituées au présent chapitre, ou à leurs employeurs agissant pour leur compte, des prestations supplémentaires et notamment les prestations en espèces définies au 4° de l'article L. 160-8 du présent code.

La couverture de ces charges est intégralement assurée par des cotisations supplémentaires. Les contrats fixent, pour des prestations identiques, des assiettes et des taux de cotisations identiques.

Un décret fixe la nature des prestations supplémentaires qui peuvent être instituées ainsi que les modalités selon lesquelles sont déterminés les taux et les assiettes des cotisations.

Section 2 : Assurances maladie, maternité, invalidité

Sous-section 4 : Prestations d'assurance maladie et maternité.

Article L762-6

L'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité comporte, en ce qui concerne la maladie et la maternité, l'octroi au travailleur lui-même et à ses ayants droit des prestations en nature prévues au 1° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 331-2.

Pour la participation de l'assuré expatrié aux dépenses d'assurance maladie, il est fait application de l'article L. 160-13 sous réserve des modalités particulières prévues par voie réglementaire.

Sous-section 5 : Pensions d'invalidité et pensions de vieillesse substituées.

Article L762-7

L'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité comporte, en ce qui concerne l'invalidité, l'octroi des prestations prévues au titre IV du livre III.

Toutefois, la pension de vieillesse substituée à la pension d'invalidité prévue par l'article L. 341-15 ne peut être liquidée au profit du titulaire d'une pension d'invalidité accordée au titre de cette assurance volontaire que sous des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

De même, la pension de vieillesse de veuve ou de veuf substituée à la pension d'invalidité de veuve ou de veuf prévue par l'article L. 342-6 ne peut être liquidée au profit du conjoint survivant du bénéficiaire de cette assurance volontaire que dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Lorsque les pensions de substitution prévues aux deuxième et troisième alinéas du présent article ne peuvent être liquidées, la pension d'invalidité ou la pension de veuve ou de veuf invalide est remplacée par une allocation calculée sur la base de cette pension au prorata de la durée de cotisation à l'assurance volontaire

maladie-maternité-invalidité et de perception de la pension d'invalidité sur la durée limite d'assurance prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1. Cette allocation, dont le montant ne peut être inférieur à celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, est servie sans possibilité de cumul avec un éventuel avantage de base au titre d'un régime français d'assurance vieillesse.

Section 3 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article L762-8

La demande d'adhésion à l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles peut être formulée à tout moment.

L'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles donne droit à l'ensemble des prestations prévues par le livre IV.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 3 : Travailleurs non-salariés expatriés.

Article L763-1

Les travailleurs non salariés de nationalité française qui exercent une activité artisanale, industrielle, commerciale, libérale ou agricole dans un pays étranger, ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Ils conservent, en outre, la faculté d'adhérer à titre volontaire aux assurances contre les risques vieillesse, invalidité et décès prévues aux articles L. 635-1, L. 635-5 et L. 644-2 et au 1° de l'article L. 742-6.

Article L763-3

L'assurance volontaire maladie-maternité comporte l'octroi au travailleur non salarié lui-même et à ses ayants droit des mêmes prestations que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 762-6.

Pour la participation de l'assuré non salarié expatrié aux dépenses d'assurance maladie, il est fait application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 762-6.

Article L763-4

La couverture des charges résultant de l'application du présent chapitre est assurée par une cotisation calculée sur la base d'une assiette forfaitaire.

Les assurés volontaires sont répartis, dans des conditions fixées par décret, en fonction de la totalité de leurs ressources dont leurs revenus professionnels, en trois catégories fixées par référence au plafond des cotisations de sécurité sociale et dans la limite de celui-ci.

La cotisation est à la charge du travailleur ; le taux en est fixé par décret et il est révisé chaque fois que l'exige l'équilibre financier du système constitué par l'assurance volontaire maladie, maternité, invalidité mentionnée au chapitre 2 et par les assurances volontaires maladie, maternité mentionnées au présent chapitre et aux chapitres 4 et 5 du présent titre.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 4 : Pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger.

Article L764-1

Les personnes de nationalité française, titulaires d'un avantage de retraite alloué au titre d'un régime français d'assurance vieillesse obligatoire ou volontaire, justifiant d'une durée déterminée d'assurance minimum audit régime, et qui, n'exerçant aucune activité professionnelle, résident dans un pays étranger, ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Article L764-3

L'assurance volontaire maladie-maternité, instituée par le présent chapitre, comporte l'octroi à ses adhérents ainsi qu'à leurs ayants droit des mêmes prestations que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 762-6.

Pour la participation des intéressés aux dépenses d'assurance maladie, il est fait application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 762-6.

Article L764-4

La couverture des charges résultant de l'application du présent chapitre est assurée par une cotisation due par les intéressés et assise sur les avantages de retraite mentionnés aux articles L. 241-2, L. 615-1 et L. 711-2, au chapitre 2 du titre VIII du livre III du présent code, à la section 2 du chapitre 1er du titre II du livre VII du même code, ainsi qu'au code rural et de la pêche maritime.

Cette cotisation est précomptée lors de chaque versement par l'organisme débiteur des avantages de retraite dans les conditions fixées par décret.

Les dispositions des sections 2 à 5 du chapitre 3 du titre IV du livre II du présent code, les dispositions du chapitre 4 du même titre, s'appliquent au recouvrement des cotisations sous réserve d'adaptations fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le taux de la cotisation est fixé par décret et il peut être révisé lorsque l'exige l'équilibre financier du système constitué par l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité mentionnée au chapitre 2 et par les assurances volontaires maladie, maternité mentionnées au présent chapitre et aux chapitres 3 et 5.

Article L764-5

Au cas où la cotisation prévue à l'article L. 764-4, calculée sur les avantages de retraite mentionnés au premier alinéa de cet article, n'atteint pas un montant minimum fixé par décret, le précompte de cette cotisation par les organismes débiteurs des avantages de retraite n'est pas applicable ou est suspendu.

Une cotisation forfaitaire égale à ce montant minimum est alors exigible. Elle est recouvrée par la Caisse des Français de l'étranger dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Le montant de la cotisation forfaitaire peut être révisé lorsque l'exige l'équilibre financier du système constitué par l'assurance volontaire maladie, maternité, invalidité, mentionnée au chapitre II du présent titre et par les assurances volontaires maladie, maternité, mentionnées au présent chapitre et aux chapitres III et V du présent titre.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 5 : Catégories diverses d'assurés volontaires.

Article L765-1

Les Français titulaires d'un revenu de remplacement ou d'une allocation servis en application des dispositions du 2° de l'article L. 322-4 du code du travail, de l'article 15 de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 relative aux contrats de solidarité des collectivités locales, de l'article 6 de l'ordonnance n° 82-297 du 31 mars 1982 portant modification de certaines dispositions du code des pensions civiles et militaires de retraite et relative à la cessation d'activité des fonctionnaires et des agents de l'Etat et des établissements publics de l'Etat à caractère administratif, et de l'article 2 de la loi n° 83-580 du 5 juillet 1983 modifiant certaines dispositions du code du travail relatives aux garanties de ressources des travailleurs privés d'emploi, qui, n'exerçant aucune activité professionnelle, résident dans un pays étranger, ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Article L765-2

Les Français n'exerçant aucune activité professionnelle qui sont soit en situation de chômage, soit titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension d'invalidité allouées au titre d'un régime français obligatoire, soit conjoint survivant ou divorcé ou séparé d'un assuré, et qui résident dans un pays étranger, ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Les Français n'exerçant aucune activité professionnelle qui sont conjoints ou conjoints survivants, ou divorcés ou séparés d'étrangers ou de Français non assurés, et qui résident dans un pays étranger, ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Article L765-2-1

Les étudiants français dont l'âge est inférieur à un âge déterminé et qui résident dans un pays étranger ont la faculté de s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de maternité.

La couverture des charges résultant de l'application de l'alinéa précédent est assurée par des cotisations forfaitaires à la charge des assurés volontaires dont le montant est fixé par voie réglementaire.

Article L765-3

Les personnes de nationalité française résidant à l'étranger et ne pouvant relever d'aucun des régimes d'assurance volontaire mentionnés aux articles L. 762-3, L. 763-1, L. 764-1, L. 765-1, L. 765-2 et L. 765-2-1 peuvent s'assurer volontairement contre les risques de maladie et les charges de la maternité.

Article L765-5

L'assurance volontaire maladie-maternité instituée par le présent chapitre comporte l'octroi à l'assuré lui-même et à ses ayants droit des prestations en nature prévues au 1° de l'article L. 160-8 et à l'article L. 160-9.

Pour la participation de l'assuré aux dépenses d'assurance maladie, il est fait application de l'article L. 160-13, suivant des modalités particulières prévues par décret en Conseil d'Etat.

Article L765-6

La couverture des charges résultant de l'application de l'article L. 765-1 est assurée par des cotisations à la charge des assurés volontaires, assises sur les revenus de remplacement ou les allocations perçus par les intéressés et précomptées par les organismes débiteurs de ces avantages.

Par dérogation à l'article L. 131-3, les cotisations précomptées, en application des articles L. 131-2 et L. 243-2, sur les avantages mentionnés à l'alinéa premier du présent article sont dues au régime des expatriés. Elles s'imputent sur les cotisations exigées par ce régime.

Article L765-7

La couverture des charges résultant de l'application de l'article L. 765-2 est assurée par des cotisations à la charge des assurés volontaires calculées sur la base d'une assiette forfaitaire.

Les assurés volontaires sont répartis en trois catégories fixées par référence au plafond des cotisations de sécurité sociale et dans la limite de celui-ci. La répartition dans ces catégories est effectuée en prenant en compte, dans des conditions fixées par décret, si les deux membres du couple ont vocation à être couverts par l'assurance volontaire, la totalité des ressources du ménage ou, si un des membres du couple n'a pas vocation à être couvert par l'assurance volontaire, la moitié des ressources du ménage, le cas échéant majorée dans des conditions fixées par décret en fonction du nombre d'ayants droit de l'assuré.

Article L765-8

La couverture des charges résultant de l'application de l'article L. 765-3 est assurée par des cotisations à la charge des assurés volontaires calculées sur la base d'une assiette forfaitaire.

Les assurés volontaires sont répartis en trois catégories fixées par référence au plafond des cotisations de sécurité sociale et dans la limite de celui-ci. La répartition dans ces catégories est effectuée en prenant en compte, dans des conditions fixées par décret, si les deux membres du couple ont vocation à être couverts par l'assurance volontaire, la totalité des ressources du ménage ou, si un des membres du couple n'a pas vocation à être couvert par l'assurance volontaire, la moitié des ressources du ménage, le cas échéant majorée dans des conditions fixées par décret en fonction du nombre d'ayants droit de l'assuré.

Article L765-9

Les taux des cotisations mentionnées aux articles L. 765-6 à L. 765-8 sont fixés par décret. Ils sont révisés lorsque l'exige l'équilibre financier du système constitué par l'assurance volontaire maladie, maternité, invalidité mentionnée au chapitre 2 et par les assurances volontaires maladie, maternité mentionnées aux chapitres 3 et 4 et au présent chapitre.

Les dispositions du code de la sécurité sociale mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 764-4 s'appliquent au recouvrement de ces cotisations suivant des modalités particulières prévues par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 6 : Dispositions communes aux expatriés visés aux chapitres II à V

Section 1 : Dispositions communes relatives à l'adhésion, aux prestations et cotisations

Article L766-1

La demande d'adhésion à l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues par les chapitres II à V du présent titre doit être formulée dans un délai déterminé. Ce délai est calculé, selon le cas :

- soit à compter de la date à laquelle l'intéressé pouvait adhérer à l'une de ces assurances volontaires ;
- soit, pour les personnes qui, résidant dans un pays étranger, deviennent titulaires d'une pension de retraite servie par un régime français d'assurance vieillesse, à la date de liquidation de cette pension ;
- soit, pour les personnes qui, après avoir résidé dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, s'installent dans un pays tiers, à compter de la date à laquelle elles cessent de relever du régime de sécurité sociale de cet Etat.

Toutefois, les demandes présentées après l'expiration de ce délai peuvent être satisfaites compte tenu de l'âge de l'intéressé, ou sous réserve du paiement des cotisations afférentes à la période écoulée depuis cette date dans la limite d'un plafond.

L'adhésion prend effet et le droit aux prestations est ouvert à l'issue de délais fixés en fonction du risque couvert et de l'âge de l'affilié. Ces délais doivent permettre d'assurer, le cas échéant, la continuité de la couverture des risques au regard de la législation française au moment du départ et du retour en France de l'assuré.

Article L766-1-1

Sont considérées comme membres de la famille de l'assuré au titre de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévue par les chapitres II à V les personnes énumérées ci-après :

1° Le conjoint de l'assuré, la personne qui vit maritalement avec lui ou la personne qui lui est liée par un pacte civil de solidarité, s'il est à la charge effective, totale et permanente de l'assuré, à la condition d'en apporter la preuve et de ne pouvoir bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre ;

2° Jusqu'à un âge limite, les enfants n'exerçant pas d'activité professionnelle, à la charge de l'assuré ou de la personne visée au 1° ;

3° Jusqu'à un âge limite et lorsqu'ils ne peuvent bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre, les enfants placés en apprentissage, les enfants poursuivant des études et les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité professionnelle ;

4° L'ascendant de l'assuré qui vit sous le toit de celui-ci, est à sa charge effective, totale et permanente, et se consacre exclusivement aux soins du ménage et à l'éducation d'enfants de l'assuré, cette dernière condition n'étant remplie que lorsque les parents sont tenus hors du foyer par l'exercice d'une activité professionnelle ou lorsque le foyer ne comporte qu'un seul parent exerçant lui-même une activité professionnelle ; le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret ;

5° Toute autre personne qui avait la qualité d'ayant droit de l'assuré dans le régime obligatoire français dont celui-ci relevait immédiatement avant son adhésion, tant que les conditions qui fondaient cette qualité d'ayant droit restent remplies.

Article L766-1-2

Les soins dispensés à l'étranger aux personnes visées aux chapitres II à V du présent titre ouvrent droit à des prestations servies sur la base des dépenses réellement exposées dans la limite des prestations qui auraient été servies pour des soins analogues reçus en France. Des tarifs de responsabilité particuliers peuvent être fixés par arrêté ministériel.

Toutefois, lorsque les dépenses exposées sont manifestement excessives au regard du coût moyen de soins analogues dans le pays de résidence, tel qu'établi à partir des demandes de remboursement présentées à la Caisse des Français de l'étranger, celle-ci peut, après avoir sollicité les explications de l'assuré, ajuster les prestations servies sur la base de ce coût moyen, sans que ces prestations puissent excéder celles qui auraient été dues par la caisse en application de l'alinéa précédent.

Ne sont pas applicables les dispositions des chapitres II à V du titre VI du livre Ier, les dispositions relatives aux transports sanitaires du livre III ainsi que celles figurant au chapitre II du titre III du livre IV.

Les autorités consulaires françaises communiquent à la Caisse des Français de l'étranger toutes informations nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Article L766-1-3

La Caisse des Français de l'étranger peut procéder à la radiation définitive d'un assuré, après l'avoir mis en demeure de produire ses observations, lorsque cet assuré ou l'un de ses ayants droit s'est rendu coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues.

Article L766-1-4

Lorsque l'importance des dépenses présentées au remboursement le justifie, la Caisse des Français de l'étranger peut faire procéder à l'examen médical de l'assuré par un praticien en France ou à l'étranger. L'examen peut être effectué dans un établissement hospitalier. Il vise à définir un traitement adapté à l'état du bénéficiaire qui sert de base aux remboursements. Le praticien est choisi par la Caisse des Français de l'étranger après avis du service du contrôle médical. Les frais nécessités par l'examen sont à la charge de la caisse.

Article L766-2

Les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sont servies et prises en charge par la caisse des Français de l'étranger lorsque les soins sont dispensés lors des séjours en France des adhérents aux assurances volontaires maladie-maternité mentionnées au présent titre, à la condition que les intéressés n'aient pas droit, à un titre quelconque, à ces prestations sur le territoire français.

Un décret fixe les modalités d'application de cette disposition, notamment le taux de la cotisation supplémentaire mise à la charge des intéressés dans cette hypothèse. La cotisation supplémentaire des titulaires d'une pension servie par un régime d'assurance vieillesse mentionné à l'article L. 621-3 ne peut être supérieure à la cotisation acquittée par ceux des pensionnés qui relèvent desdits régimes et qui sont établis en France.

La caisse des Français de l'étranger peut également servir les prestations des assurances maladie-maternité, lors de leur séjour en France, aux assurés volontaires ayant droit à ces prestations sur le territoire français. Dans cette hypothèse, des conventions passées entre la caisse des Français de l'étranger et les organismes de sécurité sociale déterminent les modalités de remboursement, par les organismes compétents pour l'affiliation des intéressés, des frais engagés par la caisse des Français de l'étranger.

Article L766-2-1

Sous réserve de l'application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 766-1, les prestations des assurances volontaires instituées aux chapitres II à V du présent titre ne sont dues que si les cotisations exigibles ont été versées par l'adhérent avant la survenance du risque.

Article L766-2-2

En cas de fausse déclaration des rémunérations ou ressources mentionnées aux articles L. 762-3, L. 763-4, L. 765-7 et L. 765-8, la caisse, après avoir mis en demeure l'intéressé de produire ses observations, le rétablit dans la catégorie de cotisation appropriée. En outre, l'adhérent est assujéti à une pénalité égale à la différence entre les cotisations des deux catégories considérées, calculée sur trois ans. Elle doit être acquittée dans un délai fixé par décret. A défaut, la caisse procède à la résiliation de l'adhésion. Les cotisations versées demeurent acquises à la caisse.

Les autorités consulaires françaises communiquent à la caisse compétente toutes informations nécessaires à l'application du présent article.

Section 2 : Prise en charge des cotisations dues au titre des chapitres II, III et V

Article L766-2-3

Lorsque les Français de l'étranger, résidant dans un Etat situé hors de l'Espace économique européen, ne disposent pas de la totalité des ressources nécessaires pour acquitter, à titre d'adhérent individuel, la cotisation correspondant à la catégorie de cotisation la plus faible visée au 1° de l'article L. 762-3 et au deuxième alinéa de chacun des articles L. 763-4, L. 765-7 et L. 765-8, une partie de cette cotisation, dont le montant est fixé par arrêté interministériel, est prise en charge, à leur demande, par le budget de l'action sanitaire et sociale de la Caisse des Français de l'étranger.

Les autorités consulaires françaises effectuent le contrôle initial et périodique des ressources des intéressés.

Les conditions de la prise en charge prévue ci-dessus, ainsi que les modalités d'application du présent article, sont fixées par décret.

Article L766-2-4

La Caisse des Français de l'étranger peut accorder aux adhérents dont l'âge est inférieur à une limite fixée par décret, et à l'exclusion de ceux visés à l'article L. 765-2-1, une ristourne sur leur cotisation d'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévue par les chapitres II, III et V du présent titre. Le montant de cette ristourne, qui peut varier selon l'âge de l'adhérent, est fixé par décret. Cette

ristourne ne peut être accordée aux adhérents bénéficiant de la prise en charge des cotisations prévues par l'article L. 766-2-3.

Section 3 : Caisse des Français de l'étranger.

Article L766-4

Les assurés volontaires relevant des chapitres II, III, IV et V du présent titre sont affiliés à la Caisse des Français de l'étranger. Cette caisse gère les risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles et assure le recouvrement des cotisations afférentes à ces risques. Elle assure les formalités d'adhésion et le recouvrement des cotisations pour les catégories de personnes mentionnées à l'article L. 742-1 qui résident à l'étranger et peuvent s'affilier à l'assurance volontaire au titre du risque vieillesse.

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les règles d'organisation et de gestion contenues dans les dispositions législatives applicables aux caisses d'assurance maladie du régime général, et notamment l'article L. 216-1 sont applicables à la caisse des Français de l'étranger suivant des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L766-4-1

La Caisse des Français de l'étranger met en oeuvre une action sanitaire et sociale en faveur :

1° Des personnes visées à l'article L. 766-2-3, prenant en charge selon des modalités fixées par décret :

a) La partie de leurs cotisations qui n'est pas mise à leur charge par cet article ;

b) S'agissant des seuls nouveaux adhérents à l'assurance volontaire maladie, la différence existant le cas échéant entre la moyenne des dépenses de soins de santé de la catégorie de cotisants à laquelle ils appartiennent multipliée par le nombre de personnes concernées et la totalité de leurs cotisations - part prise en charge et part versée par l'intéressé ;

c) Le montant des frais de gestion de la caisse concernant les personnes visées au b ;

2° De l'ensemble de ses affiliés, dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel.

Sous-section 1 : Composition du conseil d'administration de la caisse

Article L766-5

La caisse des Français de l'étranger est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres, ainsi répartis :

1°) quinze administrateurs élus, représentant les assurés, dont :

a. au titre des assurés actifs :

-huit représentants des salariés ;

-deux représentants des non-salariés ;

b. au titre des assurés inactifs :

-trois représentants des pensionnés ;

-deux représentants des autres inactifs ;

2°) trois administrateurs élus par l'Assemblée des Français de l'étranger à la représentation proportionnelle suivant la règle du plus fort reste ;

3°) deux représentants des employeurs, désignés par les organisations professionnelles nationales des employeurs représentatives ;

4°) un représentant désigné par la fédération nationale de la mutualité française.

Le président du conseil d'administration est élu en son sein par le conseil.

Le conseil d'administration siège valablement dès lors que le nombre de ses membres est supérieur à la moitié du nombre total des membres dont il est composé.

Le statut des administrateurs est régi par les articles L. 231-9 à L. 231-12.

Sont admis à assister aux séances du conseil d'administration :

1°) trois personnes qualifiées, désignées par les autorités compétentes de l'Etat ;

2°) un représentant du personnel de la caisse des Français à l'étranger, désigné dans des conditions fixées par décret ;

3°) les commissaires du Gouvernement.

Sous-section 2 : Election des représentants des assurés au conseil d'administration de la caisse.

Article L766-6

Pour l'élection des représentants des assurés, sont électeurs les membres de l'Assemblée des Français de l'étranger. Sont éligibles les Français de l'étranger adhérant aux assurances volontaires. Pour être éligibles, les électeurs doivent être âgés de dix-huit ans accomplis, n'avoir pas fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle ou, dans les cinq années précédentes, à une peine contraventionnelle prononcée en application des dispositions du présent code.

Les dispositions des articles L. 231-6 et L. 231-6-1 valent conditions d'éligibilité et d'inéligibilité pour l'élection des administrateurs.

Les règles relatives aux listes électorales, à la propagande et aux candidatures sont fixées par décret.

Article L766-7

L'élection des représentants des assurés au conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger a lieu au scrutin de liste à la représentation proportionnelle suivant la règle du plus fort reste sans panachage, ni rature, ni vote préférentiel.

Chaque liste doit comprendre deux fois plus de candidats qu'il n'y a de sièges à pourvoir et respecter la répartition entre chacune des catégories d'assurés telles que définies au 1° du premier alinéa de l'article L. 766-5. La répartition des sièges entre les listes est effectuée pour chacune de ces catégories d'assurés. Les sièges sont attribués aux candidats d'après l'ordre des présentations. Les règles de déroulement du scrutin sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les dépenses afférentes aux élections sont prises en charge par le régime des expatriés.

Article L766-8

Les candidats venant sur une liste immédiatement après le dernier candidat élu exercent, à concurrence du nombre de sièges obtenus par la liste, les fonctions de suppléant.

Ils sont appelés à remplacer, dans l'ordre de la liste, les administrateurs titulaires dont le siège deviendrait vacant.

Ces nouveaux représentants siègent jusqu'au renouvellement suivant du conseil d'administration.

Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil d'administration peut désigner un administrateur suppléant.

Sous-section 3 : Election des représentants de l'Assemblée des Français de l'étranger

Article L766-8-1 A

Sont éligibles au mandat prévu au 2° de l'article L. 766-5 les membres de l'Assemblée des Français de l'étranger.

Sous-section 5 : Organisation financière et comptable

Article L766-8-1

Pour la garantie des prestations qu'elle sert, la Caisse des Français de l'étranger, d'une part, constitue des provisions correspondant aux engagements qu'elle prend au regard de ses adhérents et, d'autre part, dispose d'une réserve de sécurité suffisante pour faire face aux aléas de ses gestions techniques.

En outre, afin de limiter les conséquences financières des événements exceptionnels auxquels elle peut être exposée au titre de l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles, la Caisse des Français de l'étranger peut constituer une réserve spéciale ou souscrire tous traités de réassurance.

Article L766-9

Le budget de l'action sanitaire et sociale est financé, pour l'action visée au 1° de l'article L. 766-4-1, par la Caisse des Français de l'étranger et par un concours de l'Etat.

Le budget de l'action sanitaire et sociale est financé, pour l'action visée au 2° du même article, par une fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie, de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles et de l'assurance vieillesse, fixée par arrêté ministériel.

Sous-section 6 : Dispositions diverses.

Article L766-10

La caisse est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat, qui sont représentées auprès d'elle par des commissaires du Gouvernement.

Les délibérations du conseil d'administration ne deviennent exécutoires que s'il n'y a pas opposition des autorités mentionnées au premier alinéa dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat, dont le point de départ est la communication des délibérations à ces autorités.

Article L766-11

Les articles L. 231-4, L. 231-5, L. 272-1, L. 272-2 et L. 281-3 sont applicables à la caisse des Français de l'étranger.

Article L766-12

Les différends auxquels donne lieu l'application du présent titre sont réglés conformément aux dispositions des chapitres 2 à 4 du titre IV du livre I, selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Section 4 : Dispositions d'application.

Article L766-13

Sauf disposition contraire, les mesures nécessaires à l'application des chapitres II à VI du présent titre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 7 : Travailleurs migrants

Section 1 : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

Article L767-1

Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est un établissement public national à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, qui assure notamment le rôle d'organisme de liaison entre les institutions de sécurité sociale françaises et les institutions de sécurité sociale étrangères pour l'application des règlements de la Communauté européenne et des accords internationaux de sécurité sociale, sous réserve du 10° de l'article L. 221-1. Le centre assure également ce rôle à l'égard des institutions des territoires et collectivités territoriales françaises ayant une autonomie en matière de sécurité sociale.

Les missions du centre sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Pour l'exercice de ces missions, le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale peut employer des agents non titulaires avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Ce centre peut également recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale. Sont préservés les droits à titularisation des agents acquis au titre de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat et de la loi n° 2001-2 du 3 janvier 2001 relative à la résorption de l'emploi précaire et à la modernisation du recrutement dans la fonction publique ainsi qu'au temps de travail dans la fonction publique territoriale.

Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est notamment financé par des contributions des régimes de sécurité sociale, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre 5 : Allocation de solidarité aux personnes âgées

Section 1 : Ouverture du droit et liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

Sous-section 1 : Conditions d'ouverture du droit à l'allocation

Article L815-1

Toute personne justifiant d'une résidence stable et régulière sur le territoire métropolitain ou dans une collectivité mentionnée à l'article L. 751-1 et ayant atteint un âge minimum bénéficie d'une allocation de solidarité aux personnes âgées dans les conditions prévues par le présent chapitre. Cet âge minimum est abaissé en cas d'inaptitude au travail ou lorsque l'assuré bénéficie des dispositions prévues à l'article 37 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

Un décret en Conseil d'Etat précise la condition de résidence mentionnée au présent article.

Article L815-2

L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 est remboursée aux organismes ou services qui en sont débiteurs par le fonds institué par l'article L. 135-1.

Article L815-3

Les personnes qui ont été reconnues inaptes au travail pour l'attribution d'un avantage de vieillesse résultant de dispositions législatives ou réglementaires sont considérées comme inaptes au travail pour l'application du présent chapitre.

Article L815-4

Le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, qui varie selon que le foyer est constitué d'une personne seule ou de conjoints, de concubins ou de partenaires liés par un pacte civil de solidarité, est fixé par décret.

Article L815-5

La personne âgée et, le cas échéant, son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité doivent faire valoir en priorité les droits en matière d'avantages de vieillesse auxquels ils peuvent prétendre au titre de dispositions législatives ou réglementaires françaises ou étrangères, des conventions internationales, ainsi que des régimes propres aux organisations internationales.

Article L815-6

Les caisses de retraite adressent à leurs adhérents, dans des conditions fixées par décret, au moment de la liquidation de l'avantage vieillesse, toutes les informations relatives aux conditions d'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et aux procédures de récupération auxquelles cette allocation donne lieu.

Sous-section 2 : Présentation des demandes et mission des organismes liquidateurs

Article L815-7

L'allocation de solidarité aux personnes âgées est liquidée et servie par les organismes ou services débiteurs d'un avantage de vieillesse de base résultant de dispositions législatives ou réglementaires après une information spécifique par ces organismes auprès des intéressés et demande expresse de ces derniers.

Pour les personnes qui ne relèvent d'aucun régime de base obligatoire d'assurance vieillesse, l'organisme compétent est le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées géré par la Caisse des dépôts et consignations sous la surveillance d'une commission dont la composition est fixée par décret.

Les conditions d'organisation du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont fixées par décret.

Article L815-8

La commission du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-7 statue sur les demandes de subventions, aides individuelles et secours instruites par la Caisse des dépôts et consignations.

Les décisions d'attribution de subvention ne sont exécutoires qu'en l'absence d'opposition formée, dans les conditions fixées par décret, par l'autorité compétente de l'Etat.

Les dépenses entraînées par l'action sociale prévue au présent article sont remboursées au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées par le fonds institué par l'article L. 135-1.

Sous-section 3 : Appréciation des ressources

Article L815-9

L'allocation de solidarité aux personnes âgées n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé et du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité n'excède pas des plafonds fixés par décret. Lorsque le total de la ou des allocations de solidarité et des ressources personnelles de l'intéressé ou des époux, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité dépasse ces plafonds, la ou les allocations sont réduites à due concurrence.

Sous-section 4 : Service de l'allocation

Article L815-10

Les services ou organismes mentionnés à l'article L. 815-7 statuent sur le droit des bénéficiaires à l'allocation de solidarité aux personnes âgées instituée par le présent chapitre et en assurent le paiement.

Cette allocation est cessible et saisissable dans les mêmes conditions et limites que le salaire. Toutefois, elle ne l'est que dans la limite de 90 % au profit des établissements hospitaliers et des caisses de sécurité sociale pour le paiement des frais d'hospitalisation.

Par dérogation à l'alinéa précédent, lorsque l'allocation s'ajoute à un avantage de vieillesse soumis à des règles de cessibilité ou de saisissabilité particulières, ces règles sont applicables à l'allocation. Pour l'application de ces règles, les quotités saisissables sont déterminées séparément.

Article L815-11

L'allocation peut être révisée, suspendue ou supprimée à tout moment lorsqu'il est constaté que l'une des conditions exigées pour son service n'est pas remplie ou lorsque les ressources de l'allocataire ont varié.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles l'allocation peut être révisée, suspendue ou supprimée par les services ou organismes mentionnés à l'article L. 815-7.

Dans tous les cas, les arrérages versés sont acquis aux bénéficiaires sauf lorsqu'il y a fraude, absence de déclaration du transfert de leur résidence hors du territoire métropolitain ou des collectivités mentionnées à l'article L. 751-1, absence de déclaration des ressources ou omission de ressources dans les déclarations.

Toute demande de remboursement de trop-perçu se prescrit par deux ans à compter de la date du paiement de l'allocation entre les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Article L815-12

Le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est supprimé aux personnes qui établissent leur résidence en dehors du territoire métropolitain et des collectivités mentionnées à l'article L. 751-1.

Section 2 : Recouvrement sur les successions

Article L815-13

Les sommes servies au titre de l'allocation sont récupérées après le décès du bénéficiaire dans la limite d'un montant fixé par décret et revalorisé dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 816-2.

Toutefois, la récupération n'est opérée que sur la fraction de l'actif net qui excède un seuil dont le montant est fixé par décret.

Lorsque la succession du bénéficiaire, en tout ou en partie, comprend un capital d'exploitation agricole, ce dernier ainsi que les bâtiments qui en sont indissociables ne sont pas pris en compte pour l'application du deuxième alinéa. La liste des éléments constitutifs de ce capital et de ces bâtiments est fixée par décret.

Le recouvrement est opéré dans des conditions et selon des modalités fixées par décret par les organismes ou services assurant le service de l'allocation mentionnés à l'article L. 815-7.

Les sommes recouvrables sont garanties par une hypothèque légale prenant rang à la date de son inscription.

L'action en recouvrement se prescrit par cinq ans à compter de l'enregistrement d'un écrit ou d'une déclaration mentionnant la date et le lieu du décès du défunt ainsi que le nom et l'adresse de l'un au moins des ayants droit.

Lorsque le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est versé à des conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité, tous deux bénéficiaires, l'allocation est réputée avoir été perçue pour moitié par chacun des membres du couple.

Section 3 : Contentieux et pénalités

Article L815-14

Est puni d'une amende de 3 750 euros le fait d'offrir, moyennant rémunération, ses services à autrui en vue de lui permettre d'obtenir le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Article L815-15

Les dispositions des chapitres II, III et IV du titre IV du livre Ier sont applicables aux contestations relatives à l'attribution, au refus d'attribution, à la suspension, à la révision ou à la suppression de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Section 4 : Dispositions administratives

Article L815-16

Pour l'exercice de sa mission, le service ou l'organisme chargé de la gestion de l'allocation vérifie les déclarations des bénéficiaires, le cas échéant en coopération avec les institutions étrangères auxquelles ils sont ou ont été affiliés.

Article L815-17

Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations publiques, notamment fiscales, ainsi que les agents des organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage sont tenus de fournir les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à la liquidation des droits et au contrôle du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, ainsi qu'à la mise en oeuvre des dispositions de l'article L. 815-13, notamment en ce qui concerne la détermination du montant des successions.

Article L815-18

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles toute personne, institution ou entreprise est tenue de déclarer aux organismes ou services mentionnés à l'article L. 815-7, les avantages viagers qu'elle a l'obligation de servir à des personnes susceptibles de bénéficier du présent chapitre.

Section 5 : Dispositions financières

Article L815-19

Le fonds institué par l'article L. 135-1 octroie aux organismes et services mentionnés à l'article L. 815-7, à l'exception de ceux qui gèrent les régimes de retraites de l'Etat et des collectivités locales, des subventions correspondant aux charges résultant des dispositions du présent chapitre.

Toutefois, le régime général des travailleurs salariés assure sur ses propres ressources les charges prévues à l'alinéa précédent, sous réserve des subventions dont il peut bénéficier à cet effet.

Un décret en Conseil d'Etat fixe :

1° Les modalités permettant de déterminer le montant de ces subventions en fonction du nombre de bénéficiaires de prestations de vieillesse ayant atteint les âges fixés en application de l'article L. 815-1 ; en aucun cas ces subventions ne peuvent être supérieures au montant des charges définies au premier alinéa du présent article, augmentées de 5 % ;

2° Les conditions dans lesquelles la fraction de subvention qui excéderait la charge nouvelle supportée par les différents services et organismes mentionnés à l'article L. 815-7 peut rester à la disposition de ceux-ci.

Article L815-20

Le fonds institué par l'article L. 135-1 peut consentir des avances aux services et organismes mentionnés à l'article L. 815-7.

Article L815-21

Le fonds institué par l'article L. 135-1 peut mettre les allocations payées à tort à la charge de l'organisme ou du service qui a procédé à la liquidation de l'allocation.

Les autorités chargées de l'exercice de la tutelle des organismes et services mentionnés à l'article L. 815-7 peuvent prescrire les mesures de contrôle et de redressement qui s'avèrent nécessaires.

Article L815-22

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles le fonds institué par l'article L. 135-1 participe aux dépenses de gestion et de contentieux résultant de l'application du présent chapitre.

Section 6 : Dispositions d'application

Article L815-23

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent chapitre, notamment en ce qui concerne les bénéficiaires des régimes énumérés par le décret prévu à l'article L. 711-1 et les bénéficiaires de plusieurs avantages de vieillesse résultant de dispositions législatives ou réglementaires.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre 5 bis : Allocation supplémentaire d'invalidité

Article L815-24

Dans les conditions prévues au présent chapitre, toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans une collectivité mentionnée à l'article L. 751-1, titulaire d'un avantage viager servi au titre de l'assurance invalidité ou de vieillesse par un régime de sécurité sociale résultant de dispositions législatives ou réglementaires peut, quel que soit son âge, bénéficier d'une allocation supplémentaire dont le montant est fixé par décret :

-si elle est atteinte d'une invalidité générale réduisant sa capacité de travail ou de gain dans des proportions déterminées ;

-ou si elle a obtenu cet avantage en raison d'une invalidité générale au moins égale,

sans remplir la condition d'âge pour bénéficier de l'allocation aux personnes âgées prévue à l'article L. 815-1.

Le montant de l'allocation supplémentaire peut varier selon la situation matrimoniale des intéressés.

Article L815-24-1

L'allocation supplémentaire d'invalidité n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé et du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité n'excède pas des plafonds fixés par décret. Lorsque le total de la ou des allocations supplémentaires d'invalidité et des ressources personnelles de l'intéressé ou des époux, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité dépasse ces plafonds, la ou les allocations sont réduites à due concurrence.

Article L815-25

Les personnes qui ont été reconnues atteintes, pour l'attribution d'un avantage d'invalidité au titre d'un régime de sécurité sociale résultant de dispositions législatives ou réglementaires, d'une invalidité générale réduisant leur capacité de travail ou de gain dans les proportions fixées en application de l'article L. 815-24 sont considérées comme invalides pour l'application dudit article.

Article L815-26

Les dépenses entraînées par l'attribution de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24 sont à la charge d'un fonds spécial d'invalidité doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière et administré par l'autorité compétente de l'Etat, assistée d'un comité comprenant des représentants de l'Etat et des principaux régimes de sécurité sociale. La gestion financière est assurée par la Caisse des dépôts et consignations.

Article L815-27

L'allocation supplémentaire est liquidée et servie par les services ou organismes débiteurs d'un des avantages mentionnés à l'article L. 815-24 sur demande expresse des intéressés.

Ces services ou organismes statuent sur le droit des bénéficiaires à l'allocation supplémentaire instituée par le présent chapitre et en assurent le paiement.

En cas de suspension de l'avantage d'invalidité, l'allocation supplémentaire est également suspendue.

Article L815-28

Les arrérages servis au titre de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24 sont recouverts en tout ou partie sur la succession de l'allocataire lorsque l'actif net est au moins égal au montant fixé par décret en application de l'article L. 815-13.

Le recouvrement est effectué par les organismes ou services payeurs de l'allocation mentionnés à l'article L. 815-27 dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.

Les dispositions du troisième alinéa, du cinquième alinéa et du sixième alinéa de l'article L. 815-13 sont applicables au recouvrement sur succession de l'allocation supplémentaire.

Article L815-29

Les dispositions du deuxième et du troisième alinéa de l'article L. 815-10, des articles L. 815-11, L. 815-12, L. 815-14 à L. 815-18 et L. 815-23 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire instituée au présent chapitre.

Le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité est assuré par l'Etat pour ce qui concerne le régime général des travailleurs salariés et par le fonds mentionné à l'article L. 815-26 pour ce qui concerne les autres organismes débiteurs de l'allocation, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction de ces pertes, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre 6 : Dispositions diverses

Article L816-1

Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère qui répondent à l'une des conditions suivantes :

1° Etre titulaire depuis au moins dix ans d'un titre de séjour autorisant à travailler. Le respect de cette condition peut être attesté par les périodes d'assurance mentionnées à l'article L. 351-2 ;

2° Etre réfugié, apatride, avoir combattu pour la France dans les conditions prévues aux 4°, 5°, 6° ou 7° de l'article L. 314-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ;

3° Etre ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, dans les conditions mentionnées à l'article L. 262-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article L816-2

Les montants de l'allocation définie à l'article L. 815-1 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution sont revalorisés au 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

Article L816-3

Les montants de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution sont revalorisés le 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 2 : Allocation aux adultes handicapés.

Article L821-1

Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une allocation aux adultes handicapés.

Les personnes de nationalité étrangère, hors les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour. Un décret fixe la liste des titres ou documents attestant la régularité de leur situation.

L'allocation mentionnée au premier alinéa bénéficie aux ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui en font la demande et qui résident en France depuis plus de trois mois, dans les conditions prévues aux articles L. 121-1 et L. 121-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Cette condition de séjour de trois mois n'est toutefois pas opposable :

- aux personnes qui exercent une activité professionnelle déclarée conformément à la législation en vigueur ;
- aux personnes qui ont exercé une telle activité en France et soit sont en incapacité permanente de travailler pour raisons médicales, soit suivent une formation professionnelle au sens des articles L. 900-2 et L. 900-3 du code du travail, soit sont inscrites sur la liste visée à l'article L. 311-5 du même code ;
- aux ascendants, descendants et conjoints des personnes mentionnées aux deux alinéas précédents.

Les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre ne peuvent bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés.

Le droit à l'allocation aux adultes handicapés est ouvert lorsque la personne ne peut prétendre, au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière, à un avantage de vieillesse ou d'invalidité, à l'exclusion de la prestation complémentaire pour recours à constante d'une tierce personne visée à l'article L. 355-1, ou à une rente d'accident du travail, à l'exclusion de la prestation

complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2, d'un montant au moins égal à cette allocation.

Lorsque cet avantage est d'un montant inférieur à celui de l'allocation aux adultes handicapés, celle-ci s'ajoute à la prestation sans que le total des deux avantages puisse excéder le montant de l'allocation aux adultes handicapés.

Pour la liquidation des avantages de vieillesse, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés sont réputés inaptes au travail à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse.

Lorsqu'une personne bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés fait valoir son droit à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou à une rente d'accident du travail, l'allocation aux adultes handicapés continue de lui être servie jusqu'à ce qu'elle perçoive effectivement l'avantage auquel elle a droit. Pour la récupération des sommes trop perçues à ce titre, les organismes visés à l'article L. 821-7 sont subrogés dans les droits des bénéficiaires vis-à-vis des organismes payeurs des avantages de vieillesse, d'invalidité ou de rentes d'accident du travail.

Lorsque l'allocation aux adultes handicapés est versée en complément de la rémunération garantie visée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles, le cumul de cet avantage avec la rémunération garantie mentionnée ci-dessus est limité à des montants fixés par décret qui varient notamment selon que le bénéficiaire est marié ou vit maritalement ou est lié par un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à charge. Ces montants varient en fonction du salaire minimum de croissance prévu à l'article L. 141-4 du code du travail.

Article L821-1-1

Il est institué une garantie de ressources pour les personnes handicapées composée de l'allocation aux adultes handicapés et d'un complément de ressources. Le montant de cette garantie est fixé par décret.

Le complément de ressources est versé aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article L. 821-1 :

-dont la capacité de travail, appréciée par la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, est, compte tenu de leur handicap, inférieure à un pourcentage fixé par décret ;

-qui n'ont pas perçu de revenu d'activité à caractère professionnel propre depuis une durée fixée par décret ;

-qui disposent d'un logement indépendant ;

-qui perçoivent l'allocation aux adultes handicapés à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail.

Le complément de ressources est également versé aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 dont l'incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé par le décret mentionné au premier alinéa de l'article L. 821-1 et qui satisfont aux conditions prévues aux troisième, quatrième et cinquième alinéas du présent article.

Le versement du complément de ressources pour les personnes handicapées prend fin à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail dans les conditions prévues au dixième alinéa de l'article L. 821-1. Il prend fin pour les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse.

Toute reprise d'activité professionnelle entraîne la fin du versement du complément de ressources.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles le complément de ressources est versé aux intéressés hébergés dans un établissement social ou médico-social, hospitalisés dans un établissement de santé ou incarcérés dans un établissement relevant de l'administration pénitentiaire.

Les dispositions de l'article L. 821-5 sont applicables au complément de ressources.

Article L821-1-2

Une majoration pour la vie autonome dont le montant est fixé par décret est versée aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés au titre de l'article L. 821-1 qui :

- disposent d'un logement indépendant pour lequel ils reçoivent une aide personnelle au logement ;
- perçoivent l'allocation aux adultes handicapés à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ;
- ne perçoivent pas de revenu d'activité à caractère professionnel propre.

La majoration pour la vie autonome est également versée aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 dont l'incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé par le décret mentionné au premier alinéa de l'article L. 821-1 et qui satisfont aux conditions prévues aux deuxième et quatrième alinéas du présent article.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles la majoration pour la vie autonome est versée aux intéressés hébergés dans un établissement social ou médico-social, hospitalisés dans un établissement de santé ou incarcérés dans un établissement relevant de l'administration pénitentiaire.

La majoration pour la vie autonome n'est pas cumulable avec le complément de ressources visé à l'article L. 821-1-1. L'allocataire qui remplit les conditions pour l'octroi de ces deux avantages choisit de bénéficier de l'un ou de l'autre.

Les dispositions de l'article L. 821-5 sont applicables à la majoration pour la vie autonome.

Article L821-2

L'allocation aux adultes handicapés est également versée à toute personne qui remplit l'ensemble des conditions suivantes :

1° Son incapacité permanente, sans atteindre le pourcentage fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 821-1, est supérieure ou égale à un pourcentage fixé par décret ;

2° La commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles lui reconnaît, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, précisée par décret.

Le versement de l'allocation aux adultes handicapés au titre du présent article prend fin à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 821-1.

Article L821-3

L'allocation aux adultes handicapés peut se cumuler avec les ressources personnelles de l'intéressé et, s'il y a lieu, de son conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité dans la limite d'un plafond fixé par décret, qui varie selon qu'il est marié, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité et a une ou plusieurs personnes à sa charge.

Les rémunérations de l'intéressé tirées d'une activité professionnelle en milieu ordinaire de travail sont en partie exclues du montant des ressources servant au calcul de l'allocation selon des modalités fixées par décret.

Article L821-3-1

Le montant de l'allocation aux adultes handicapés est fixé par décret.

Ce montant est revalorisé le 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

Article L821-4

L'allocation aux adultes handicapés est accordée, pour une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles appréciant le niveau d'incapacité de la personne handicapée ainsi que, pour les personnes mentionnées à l'article L. 821-2 du présent code, leur impossibilité, compte tenu de leur handicap, de se procurer un emploi.

Le complément de ressources mentionné à l'article L. 821-1-1 est accordé, pour une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat, sur décision de la commission mentionnée au premier alinéa qui apprécie le taux d'incapacité et la capacité de travail de l'intéressé.

Article L821-5

L'allocation aux adultes handicapés est servie comme une prestation familiale. Elle est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée. En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale ou l'organisme qui en assume la charge peut obtenir de la caisse débitrice de l'allocation que celle-ci lui soit versée directement.

L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation se prescrit par deux ans.

Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement d'allocations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Les dispositions des articles L. 377-2 et L. 377-4 sont applicables à l'allocation aux adultes handicapés.

Les différends auxquels peut donner lieu l'application du présent titre et qui ne relèvent pas d'un autre contentieux sont réglés suivant les dispositions régissant le contentieux général de la sécurité sociale.

Le financement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources, de la majoration pour la vie autonome et de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est assuré par l'Etat. La prise en charge par l'Etat des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction de ces pertes, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

Article L821-5-1

Tout paiement indu de prestations mentionnées au présent titre est, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, récupéré sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues, soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1, soit au

titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles.

Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.

Les retenues mentionnées au premier alinéa sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code.

Article L821-6

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions dans lesquelles le droit à l'allocation aux adultes handicapés mentionnée à l'article L. 821-1 ci-dessus est ouvert aux personnes handicapées hébergées dans un établissement social ou médico-social ou hospitalisées dans un établissement de santé, ou détenues dans un établissement relevant de l'administration pénitentiaire. Ce décret détermine également dans quelles conditions le paiement de ladite allocation peut être réduit en cas d'hospitalisation d'hébergement ou d'incarcération.

L'allocation aux adultes handicapés versée aux personnes qui supportent le forfait journalier institué par l'article L. 174-4 ne peut pas être réduite à un montant inférieur à un minimum fixé par décret.

Article L821-7

La gestion de la prestation prévue à l'article L. 821-1, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome est confiée aux organismes du régime général chargés du versement des prestations familiales.

Toutefois, lorsqu'une caisse de mutualité sociale agricole est compétente pour verser à une personne handicapée les prestations familiales dont elle bénéficie ou serait susceptible de bénéficier ou lorsque le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés relève d'un régime de protection sociale agricole en application de l'article L. 160-17, cet organisme assure la gestion de l'allocation, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome.

Article L821-7-1

L'allocation prévue par le présent titre peut faire l'objet de la part de l'organisme gestionnaire d'une avance sur droits supposés si, à l'expiration de la période de versement, la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles ne s'est pas prononcée sur le bien-fondé de la demande de renouvellement.

Article L821-7-3

Une procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-2 du code du travail est engagée à l'occasion de l'instruction de toute demande d'attribution ou de renouvellement de l'allocation aux adultes handicapés.

Article L821-8

Des dispositions réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent titre. Sauf disposition contraire, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement des personnes âgées, des infirmes, des jeunes salariés et de certaines catégories de demandeurs d'emploi

Chapitre 1er : Conditions générales d'attribution

Section 1 : Dispositions communes.

Article L831-1

Une allocation de logement est versée aux personnes de nationalité française mentionnées à l'article L. 831-2 en vue de réduire à un niveau compatible avec leurs ressources la charge de loyer afférente au logement qu'elles occupent à titre de résidence principale en France métropolitaine ou dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1. Sont assimilées au loyer les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation, ainsi que la rémunération de l'opérateur mentionnée au III de l'article 29-11 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, et l'indemnité d'occupation mentionnée à l'article L. 615-9 du code de la construction et de l'habitation et la redevance mentionnée à l'article L. 615-10 du même code.

Cette allocation est versée aux personnes hébergées dans les unités et centres de long séjour relevant de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère dans les conditions prévues par les deux premiers alinéas de l'article L. 512-2.

L'allocation de logement n'est pas due lorsque la même personne peut bénéficier, au titre d'une autre réglementation, d'une indemnité ou allocation répondant au même objet et qui est d'un montant égal ou supérieur à la première de ces prestations. Lorsque cette indemnité ou allocation est d'un montant inférieur à l'allocation de logement, celle-ci est réduite à due concurrence.

Le dernier alinéa de l'article L. 542-2 du présent code est applicable à l'allocation de logement sociale.

Article L831-2

Peuvent bénéficier de l'allocation de logement, sous réserve de payer un minimum de loyer compte tenu de leurs ressources, les personnes ne bénéficiant pas de l'allocation de logement prévue aux articles L. 542-1 et L. 755-21 ou de l'aide personnalisée au logement prévue à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation.

Article L831-2-1

L'organisme payeur décide, selon des modalités fixées par décret, du maintien du versement de l'allocation de logement lorsque le bénéficiaire ne règle pas la part de la dépense de logement restant à sa charge. Pour les allocataires de bonne foi et dans des conditions précisées par décret, cette décision de maintien du versement de l'allocation de logement est réputée favorable.

Article L831-3

I.-Le versement de l'allocation de logement est soumis :

1° Aux dispositions des deux premiers alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986, relatives à l'obligation pour le bailleur de remettre au locataire un logement décent présentant les caractéristiques correspondantes ;

2° A des conditions de peuplement définies par voie réglementaire.

II.-Lorsque le logement ne satisfait pas aux caractéristiques imposées au 1° du I et que l'organisme payeur ou un organisme dûment habilité par ce dernier a constaté que le logement ne constitue donc pas un logement décent au sens de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, l'allocation de logement n'est pas versée au locataire ou au propriétaire mais est conservée par l'organisme payeur pendant un délai maximal de dix-huit mois. L'organisme payeur notifie au propriétaire le constat établissant que le logement ne remplit pas les conditions requises pour être qualifié de logement décent et l'informe qu'il doit mettre celui-ci en conformité dans le délai maximal précité pour que l'allocation de logement conservée lui soit versée. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur, sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail.

Pour l'application de l'article 20-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, l'information du bailleur, par l'organisme payeur, sur son obligation de mise en conformité du logement, dont le locataire est également destinataire, tient lieu de demande de mise en conformité par le locataire dans le cas où ce dernier saisit la commission départementale de conciliation. L'information du locataire reproduit les dispositions de ce même article et précise l'adresse de la commission départementale de conciliation. Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi par l'organisme payeur ou par un organisme dûment habilité par ce dernier, le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur est versé au propriétaire.

L'organisme payeur informe le bailleur de l'existence d'aides publiques et des lieux d'information possibles pour réaliser les travaux de mise en conformité du logement.

III.-Si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 1° du I du présent article à l'issue du délai de mise en conformité mentionné au premier alinéa du II :

1° Le bénéfice de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur au titre de la période durant laquelle il a été fait application du premier alinéa du II est définitivement perdu. Le propriétaire ne peut demander au locataire le paiement de la part de loyer non perçue correspondant au montant de l'allocation conservée ;

2° L'allocation de logement, le cas échéant recalculée dans le cas où un nouveau loyer est fixé par le juge, peut, à titre exceptionnel, dans des cas fixés par décret, en vue de permettre l'achèvement d'une mise en conformité engagée, de prendre en compte l'action du locataire pour rendre son logement décent par la voie judiciaire ou de prévenir des difficultés de paiement du loyer ou de relogement du locataire, être maintenue par décision de l'organisme payeur et conservée par ce dernier, pour une durée de six mois renouvelable une fois. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail.

Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi, le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur est versé au propriétaire. Si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 1° du I du présent article à l'issue de ce délai, le bénéfice de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur au titre de la période durant laquelle il a été fait application du 2° du présent III est définitivement perdu. Le propriétaire ne peut demander au locataire le paiement de la part de loyer non perçue correspondant au montant de l'allocation conservée.

IV.-A chaque changement de locataire, s'il est de nouveau constaté que le logement n'est pas conforme aux caractéristiques mentionnées au 1° du I, l'allocation de logement n'est pas versée au nouveau locataire ou au propriétaire mais est conservée par l'organisme payeur pour une durée de six mois, éventuellement prolongée par décision de cet organisme, à titre exceptionnel, dans les cas définis par le décret mentionné au 2° du III, pour une durée de six mois. Durant ce délai, le locataire s'acquitte du montant du loyer et des charges récupérables, diminué du montant des allocations de logement dont il aura été informé par l'organisme payeur sans que cette diminution puisse fonder une action du bailleur à l'encontre du locataire pour obtenir la résiliation du bail.

Dès que le constat de mise en conformité du logement est établi ou si le logement ne répond toujours pas aux caractéristiques mentionnées au 1° du I du présent article à l'issue de ce délai, il est procédé conformément au dernier alinéa du III.

V.-Lorsque le montant de l'allocation de logement conservée par l'organisme payeur en application des II à IV est versé au propriétaire après que le constat de mise en conformité du logement a été établi, le propriétaire verse, le cas échéant, au locataire la part de l'allocation de logement conservée qui excède le montant du loyer et des charges récupérables.

VI.-Outre les cas mentionnés aux II à IV, l'allocation de logement peut être accordée à titre dérogatoire et pendant une durée déterminée, dans des conditions fixées par décret.

VII.-Toutefois, lorsque le demandeur est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour visé au deuxième alinéa de l'article L. 831-1, l'allocation de logement peut être versée dès lors que l'établissement apporte la preuve qu'il a engagé un programme d'investissement destiné à assurer, dans un délai de trois ans, la conformité totale aux normes fixées en application du 1° du I et que ce programme a donné lieu à l'inscription à son budget, approuvé par l'autorité administrative, de la première tranche des travaux. La transmission de cette preuve à l'organisme payeur vaut constat de mise en conformité du logement pour l'application des II à V.

Article L831-4

Le mode de calcul de l'allocation de logement est fixé par décret en fonction du loyer payé, des ressources de l'allocataire, de la situation de famille de l'allocataire, du nombre de personnes à charge vivant au foyer, du fait que le bénéficiaire occupe son logement en qualité de locataire d'un appartement meublé ou non meublé ou d'accédant à la propriété.

La prise en compte des ressources peut faire l'objet de dispositions spécifiques, lorsque le demandeur est âgé de moins de vingt-cinq ans et qu'il bénéficie d'un contrat de travail autre qu'un contrat à durée indéterminée.

Les paramètres de calcul de l'allocation sont révisés chaque année au 1er octobre. Sont indexés sur l'évolution de l'indice de référence des loyers défini à l'article 17-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 les paramètres suivants :

les plafonds de loyers ;

les plafonds des charges de remboursement de contrats de prêts dont la signature est postérieure à la date de révision du barème ;

le montant forfaitaire des charges ;

les équivalences de loyer et de charges locatives ;

le terme constant de la participation personnelle du ménage.

Le loyer principal effectivement payé n'est pris en considération que dans la limite du prix licite et de plafonds mensuels fixés par arrêté interministériel.

Les personnes âgées ou handicapées adultes qui ont passé un contrat conforme aux dispositions de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles, sont assimilées à des locataires pour bénéficier de l'allocation de logement prévue par l'article L. 831-1, au titre de la partie du logement qu'elles occupent.

Article L831-4-1

L'allocation de logement est due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Toutefois, lorsque les conditions d'ouverture du droit sont réunies antérieurement au mois de la demande, l'allocation est due à compter du premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée.

Les dispositions prévues à la première phrase de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes qui, hébergées par un organisme logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou par une association agréée en application de l'article L. 121-9 du code de l'action sociale et des familles et bénéficiant de l'aide mentionnée à l'article L. 851-1 du présent code, accèdent à un logement ouvrant droit à l'allocation de logement, afin d'assurer la continuité des prestations prévues par le second alinéa de l'article L. 552-1. De la même façon, elles ne s'appliquent pas aux personnes dont le logement a fait l'objet d'un arrêté d'insalubrité ou de péril lorsque, dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la construction et de l'habitation, elles reprennent le paiement du loyer ou de toute autre somme versée en contrepartie de l'occupation de ce logement ou lorsqu'elles sont relogées.

Article L831-7

Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'allocation de logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes et services chargés du paiement de cette allocation selon les modalités de l'article L. 114-14.

Sans préjudice des sanctions pénales encourues, la fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application du premier alinéa du présent article exposent l'allocataire, le demandeur ou le bailleur aux sanctions et pénalités prévues à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires, les demandeurs ou les bailleurs les communiquent par déclaration aux organismes chargés du paiement de cette allocation. Ces organismes peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation de logement est perçue.

Ces organismes sont également habilités à faire vérifier sur place si le logement satisfait aux exigences visées aux 1° et 2° du I de l'article L. 831-3. Le maire ou toute association de défense des droits des locataires affiliée à une association siégeant à la Commission nationale de concertation peuvent, s'il est porté à leur connaissance l'existence d'un immeuble ou d'un groupe d'immeubles habité ne satisfaisant pas aux exigences de décence telles que définies par l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, saisir les organismes et services chargés du paiement de l'allocation. Le même droit est reconnu à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'allocation de logement ou des bailleurs est assuré par le personnel assermenté desdits organismes.

Section 2 : Dispositions spéciales aux locataires

Article L831-8

La décision déclarant la recevabilité de la demande mentionnée à l'article L. 331-3-1 du code de la consommation emporte rétablissement des droits à l'allocation de logement pour les locataires. Sauf dans le cas mentionné aux II à V de l'article L. 831-3, dans le cas prévu à l'avant dernier alinéa de l'article L. 835-2 du présent code ou refus du bailleur, le déblocage des allocations s'effectue au profit de ce dernier.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement des personnes âgées, des infirmes, des jeunes salariés et de certaines catégories de demandeurs d'emploi

Chapitre 2 : Conditions particulières aux personnes âgées et aux personnes atteintes d'une infirmité.

Article L832-1

Les arrérages des rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée et mentionnés à l'article 8 de la loi n° 69-1161 du 24 décembre 1969 portant loi de finances pour 1970 ne sont pas pris en compte dans le montant des ressources de l'allocataire.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement des personnes âgées, des infirmes, des jeunes salariés et de certaines catégories de demandeurs d'emploi

Chapitre 4 : Dispositions financières.

Article L834-1

Le financement de l'allocation de logement relevant du présent titre et des dépenses de gestion qui s'y rapportent est assuré par le fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation.

Pour concourir à ce financement, les employeurs sont assujettis à une contribution recouvrée selon les règles applicables en matière de sécurité sociale et calculée selon les modalités suivantes :

1° Par application d'un taux de 0.1 % sur la part des rémunérations perçues par les assurés dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 du présent code, pour les employeurs occupant moins de vingt salariés et pour les employeurs occupés aux activités mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime et les coopératives mentionnées à l'article L. 521-1 du même code ;

2° Pour les autres employeurs, par application d'un taux de 0.5 % sur la totalité des rémunérations.

Les modalités de calcul prévues au 1° continuent de s'appliquer pendant trois ans aux employeurs qui atteignent ou dépassent au titre des années 2016, 2017 ou 2018 l'effectif de vingt salariés.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement des personnes âgées, des infirmes, des jeunes salariés et de certaines catégories de demandeurs d'emploi

Chapitre 5 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article L835-1

Des organismes ou services de rattachement statuent sur le droit à l'allocation de logement des personnes mentionnées à l'article L. 831-2, liquident et assurent le versement de ladite allocation.

Article L835-2

La créance du bénéficiaire de l'allocation de logement est incessible et insaisissable.

L'allocation est versée, s'il le demande, au prêteur lorsque l'allocataire est emprunteur et au bailleur lorsque l'allocataire est locataire.

Le prêteur ou le bailleur déduit l'allocation du montant du loyer et des dépenses accessoires de logement ou de celui des charges de remboursement. Il porte cette déduction à la connaissance de l'allocataire. Lorsque le bailleur ou le prêteur ne pratique pas cette déduction, l'allocation est versée à l'allocataire.

Si l'allocataire ne règle pas la part de la dépense de logement restant à sa charge, le bailleur ou le prêteur auprès duquel l'allocation est versée signale la situation de l'allocataire défaillant à l'organisme payeur, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Le bailleur auprès duquel l'allocation est versée signale le déménagement de l'allocataire et la résiliation de son bail, dans un délai déterminé par décret.

Si l'allocataire procède à un remboursement anticipé de son prêt, le prêteur auprès duquel l'allocation est versée signale ce remboursement anticipé à l'organisme payeur, dans un délai fixé par décret.

Le bailleur ou le prêteur manquant aux obligations définies aux quatrième à sixième alinéas du présent article s'expose à la pénalité prévue à l'article L. 114-17.

L'allocation ne peut être versée au bailleur que si le logement répond aux exigences prévues aux 1° et 2° du I de l'article L. 831-3. Pour les logements compris dans un patrimoine d'au moins dix logements dont le propriétaire ou le gestionnaire est un organisme d'habitations à loyer modéré, une société d'économie mixte de construction et de gestion de logements sociaux, un organisme agréé exerçant des activités de maîtrise d'ouvrage définies au 1° de l'article L. 365-1 du code de la construction et de l'habitation ou la société de gestion du patrimoine immobilier des houillères du Nord et du Pas-de-Calais et les sociétés à participation majoritaire de cet établissement, le bailleur peut continuer à percevoir l'allocation s'il s'engage par convention avec l'Etat à rendre le logement décent dans un délai fixé par cette convention. Le bailleur adresse une copie de la convention aux organismes payeurs de l'allocation de logement. La transmission de cette convention à l'organisme payeur vaut constat de mise en conformité du logement pour l'application des II à V de l'article L. 831-3.

Lorsque l'organisme payeur a versé une allocation induue et que le bailleur ou le prêteur justifie avoir procédé à la déduction prévue au troisième alinéa du présent article, le trop-perçu est recouvré auprès de l'allocataire.

Article L835-3

L'action de l'allocataire pour le paiement de l'allocation se prescrit par deux ans.

Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement de la prestation indûment payée, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Tout paiement indu de l'allocation de logement est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles.

Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret.

Dans des conditions définies par décret, les retenues mentionnées au troisième alinéa, ainsi que celles mentionnées aux articles L. 553-2 et L. 845-3 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, sont déterminées en fonction de la composition du ménage, de ses ressources, des charges de logement, des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de celles précisées par décret.

Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, le montant de l'indu peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1, L. 835-3 ou L. 845-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

Article L835-4

Les différends avec les organismes ou services mentionnés à l'article L. 835-1, auxquels peut donner lieu l'application du présent titre, sont réglés conformément aux dispositions concernant le contentieux général de la sécurité sociale.

Article L835-5

Sera puni d'une amende de 3 750 euros, en cas de récidive dans le délai d'un an, tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services, moyennant émoluments convenus d'avance, à un allocataire en vue de lui faire obtenir des prestations qui peuvent lui être dues.

Article L835-6

En cas de condamnation pour infraction en récidive aux dispositions du présent titre, le tribunal pourra ordonner l'insertion du jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné.

Article L835-7

Les modalités d'application du présent titre sont déterminées, en tant que de besoin, par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 1 : Dispositions générales.

Article L841-1

La prime d'activité a pour objet d'inciter les travailleurs aux ressources modestes, qu'ils soient salariés ou non salariés, à l'exercice ou à la reprise d'une activité professionnelle et de soutenir leur pouvoir d'achat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 2 : Conditions d'ouverture du droit

Article L842-1

Toute personne résidant en France de manière stable et effective qui perçoit des revenus tirés d'une activité professionnelle a droit à une prime d'activité, dans les conditions définies au présent titre.

Article L842-2

Le droit à la prime d'activité est subordonné au respect, par le bénéficiaire, des conditions suivantes :

1° Etre âgé de plus de dix-huit ans ;

2° Etre français ou titulaire depuis au moins cinq ans d'un titre de séjour autorisant à travailler. Cette condition n'est pas applicable :

a) Aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ;

b) Aux réfugiés, aux bénéficiaires de la protection subsidiaire, aux apatrides et aux étrangers titulaires de la carte de résident ou d'un titre de séjour prévu par les traités et accords internationaux et conférant des droits équivalents ;

c) Aux personnes ayant droit à la majoration prévue à l'article L. 842-7, qui doivent remplir les conditions de régularité du séjour mentionnées à l'article L. 512-2 ;

3° Ne pas être élève, étudiant, stagiaire, au sens de l'article L. 124-1 du code de l'éducation, ou apprenti, au sens de l'article L. 6211-1 du code du travail. Cette condition n'est pas applicable aux personnes dont les revenus professionnels excèdent mensuellement, pendant la période de référence mentionnée à l'article L. 843-4 du présent code, le plafond de rémunération mentionné au 2° de l'article L. 512-3 ; elle ne l'est pas non plus aux personnes ayant droit à la majoration prévue à l'article L. 842-7 ;

4° Ne pas avoir la qualité de travailleur détaché temporairement en France, au sens de l'article L. 1261-3 du code du travail ;

5° Ne pas être en congé parental d'éducation, sabbatique, sans solde ou en disponibilité. Cette condition n'est pas applicable aux personnes percevant des revenus professionnels.

Article L842-3

La prime d'activité est égale à la différence entre :

1° Un montant forfaitaire dont le niveau varie en fonction de la composition du foyer et du nombre d'enfants à charge, augmenté d'une fraction des revenus professionnels des membres du foyer, et qui peut faire l'objet d'une ou de plusieurs bonifications ;

2° Les ressources du foyer, qui sont réputées être au moins égales au montant forfaitaire mentionné au 1°.

La bonification mentionnée au 1° est établie pour chaque travailleur, membre du foyer, compte tenu de ses revenus professionnels. Son montant est une fonction croissante des revenus situés entre un seuil et un plafond. Au-delà de ce plafond, ce montant est fixe.

Le montant forfaitaire, la fraction des revenus professionnels des membres du foyer, les modalités de calcul et le montant maximal de la bonification sont fixés par décret.

Le montant forfaitaire et le montant maximal de la bonification sont revalorisés le 1er avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25.

Un décret détermine le montant minimal de la prime d'activité en dessous duquel celle-ci n'est pas versée.

Article L842-4

Les ressources mentionnées au 2° de l'article L. 842-3 prises en compte pour le calcul de la prime d'activité sont :

1° Les ressources ayant le caractère de revenus professionnels ou qui en tiennent lieu ;

2° Les revenus de remplacement des revenus professionnels ;

3° L'avantage en nature que constitue la disposition d'un logement à titre gratuit, déterminé de manière forfaitaire ;

4° Les prestations et les aides sociales, à l'exception de certaines d'entre elles en raison de leur finalité sociale particulière ;

5° Les autres revenus soumis à l'impôt sur le revenu.

Article L842-5

Pour être pris en compte au titre des droits du bénéficiaire, son conjoint, son concubin ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité doit remplir les conditions prévues aux 2°, 4° et 5° de l'article L. 842-2.

Pour être pris en compte au titre des droits d'un bénéficiaire étranger non ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, les enfants étrangers doivent remplir les conditions mentionnées à l'article L. 512-2.

Article L842-6

Pour bénéficier de la prime d'activité, le travailleur relevant du régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1 doit réaliser un chiffre d'affaires n'excédant pas un niveau fixé par décret.

Pour bénéficier de la prime d'activité, le travailleur relevant du régime de protection sociale des professions agricoles mentionné à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime doit mettre en valeur une exploitation pour laquelle le dernier bénéfice agricole connu n'excède pas un montant fixé par décret.

Par dérogation au deuxième alinéa du présent article, pour bénéficier de la prime d'activité dans les départements d'outre-mer ou dans les collectivités de Saint-Martin ou de Saint-Barthélemy, le travailleur relevant du régime mentionné au même article L. 722-1 doit mettre en valeur une exploitation dont la superficie, déterminée en application de l'article L. 762-7 du même code, est inférieure, par personne non salariée participant à la mise en valeur de l'exploitation et remplissant les conditions fixées à l'article L. 842-2 du présent code, à une superficie fixée par arrêté des ministres chargés de l'agriculture, du budget, de la sécurité sociale et des outre-mer.

Lorsque, parmi les personnes non salariées, se trouve un couple de conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité ou concubins, un seul des membres du couple est pris en compte pour l'application du troisième alinéa du présent article.

Article L842-7

Le montant forfaitaire mentionné au 1° de l'article L. 842-3 est majoré, pendant une période d'une durée déterminée, pour :

1° Une personne isolée assumant la charge d'un ou de plusieurs enfants ;

2° Une femme isolée en état de grossesse ayant effectué la déclaration de grossesse et les examens prénataux.

La durée de la période de majoration est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint un âge limite.

Est considérée comme isolée une personne veuve, divorcée, séparée ou célibataire, qui ne vit pas en couple de manière notoire et permanente et qui, notamment, ne met pas en commun avec un conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ses ressources et ses charges. Lorsque l'un des membres du couple réside à l'étranger, n'est pas considéré comme isolé celui qui réside en France.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 3 : Attribution, service et financement de la prestation.

Article L843-1

La prime d'activité est attribuée, servie et contrôlée, pour le compte de l'Etat, par les caisses d'allocations familiales et par les caisses de mutualité sociale agricole pour leurs ressortissants.

Article L843-2

Sous réserve du respect des conditions fixées au présent titre, le droit à la prime d'activité est ouvert à compter de la date de dépôt de la demande.

Article L843-3

Les conditions dans lesquelles la prime d'activité peut être réduite ou suspendue lorsque l'un des membres du foyer est admis, pour une durée minimale déterminée, dans un établissement de santé ou qui relève de l'administration pénitentiaire sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Il est tenu compte, lorsqu'il s'agit du bénéficiaire, des charges de famille lui incombant.

La date d'effet et la durée de la réduction ou de la suspension ainsi que, le cas échéant, la quotité de la réduction varient en fonction de la durée du séjour en établissement.

Article L843-4

Il est procédé au réexamen périodique du montant de la prime d'activité, selon une périodicité définie par décret. Entre chaque réexamen, il n'est pas tenu compte de l'évolution des ressources du foyer pour le calcul du montant de la prime d'activité servi durant la période considérée.

Article L843-5

L'organisme chargé du service de la prime d'activité procède à la radiation de la liste des bénéficiaires de la prime d'activité au terme d'une période, définie par décret, sans versement de la prestation.

Lorsqu'un droit au revenu de solidarité active est ouvert, la prestation mentionnée au premier alinéa s'entend de la prime d'activité et du revenu de solidarité active.

Article L843-6

La prime d'activité est financée par l'Etat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 4 : Droits du bénéficiaire de la prestation

Article L844-1

Le bénéficiaire de la prime d'activité, lorsqu'il est en recherche d'emploi, a droit à un accompagnement adapté à ses besoins.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 5 : Contrôle, recours et récupération, lutte contre la fraude

Article L845-1

Les directeurs des organismes mentionnés à l'article L. 843-1 procèdent aux contrôles et aux enquêtes concernant la prime d'activité et prononcent, le cas échéant, des sanctions selon les règles, procédures et moyens d'investigation prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-17, L. 114-19 à L. 114-22, L. 161-1-4 et L. 161-1-5.

Article L845-2

Toute réclamation dirigée contre une décision relative à la prime d'activité prise par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 843-1 fait l'objet, préalablement à l'exercice d'un recours contentieux, d'un recours auprès de la commission de recours amiable, composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme et qui connaît des réclamations relevant de l'article L. 142-1.

Les recours contentieux relatifs aux décisions mentionnées au premier alinéa du présent article sont portés devant la juridiction administrative.

Le bénéficiaire de la prime d'activité est informé, par tout moyen, des modalités de réclamation et de recours décrites aux deux premiers alinéas du présent article.

Article L845-3

Tout paiement indu de prime d'activité est récupéré par l'organisme chargé de son service.

Toute réclamation dirigée contre une décision de récupération de l'indu, le dépôt d'une demande de remise ou de réduction de créance ainsi que les recours administratifs et contentieux, y compris en appel, contre les décisions prises sur ces réclamations et ces demandes ont un caractère suspensif.

Sauf si le bénéficiaire opte pour le remboursement de l'indu en une seule fois, l'organisme mentionné au premier alinéa procède au recouvrement de tout paiement indu de prime d'activité par retenues sur les montants à échoir. A défaut, l'organisme mentionné au même premier alinéa peut également, dans des

conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales, de l'allocation de logement et des prestations mentionnées, respectivement, aux articles L. 511-1 et L. 831-1 et au titre II du livre VIII du présent code, au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ainsi qu'au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles.

Par dérogation au troisième alinéa du présent article, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations, selon des modalités et des conditions précisées par décret.

Les retenues mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du présent article sont déterminées en application des règles prévues au troisième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code.

Un décret détermine le montant au-dessous duquel la prime d'activité indûment versée ne donne pas lieu à répétition.

La créance peut être remise ou réduite par l'organisme mentionné au premier alinéa du présent article, en cas de bonne foi ou de précarité de la situation du débiteur, sauf si cette créance résulte d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration.

Article L845-4

L'article L. 553-1 est applicable à la prime d'activité.

Article L845-5

La prime d'activité est incessible et insaisissable.

Article L845-6

Le fait d'offrir ou de faire offrir ses services à une personne, en qualité d'intermédiaire et moyennant rémunération, en vue de lui faire obtenir la prime d'activité est puni des peines prévues à l'article L. 554-2.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 6 : Suivi statistique, évaluation et observation

Article L846-1

La Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole transmettent à l'Etat, dans des conditions fixées par décret, les informations relatives à la situation sociale, familiale et professionnelle des bénéficiaires de la prime d'activité et aux dépenses engagées à ce titre. Ces informations comportent des indicateurs présentés par sexe.

Article L846-2

L'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail informe mensuellement l'Etat des inscriptions des bénéficiaires de la prime d'activité sur la liste des demandeurs d'emploi et de leur radiation de cette liste, auxquelles elle procède en application des articles L. 5411-1 à L. 5411-5, L. 5412-1 et L. 5412-2 du même code.

Article L846-3

La Caisse nationale des allocations familiales, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail transmettent à l'Etat, dans des conditions fixées par décret, les informations relatives aux personnes physiques destinées à la constitution d'échantillons statistiquement représentatifs en vue de l'étude des situations et des parcours d'insertion des personnes physiques figurant dans ces échantillons, selon les modalités prévues à l'article 7 bis de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques. Ces informations comportent des indicateurs présentés par sexe.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 7 : Dispositions finales

Article L847-1

Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent titre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 5 : Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage

Article L851-1

I.-Les associations à but non lucratif dont l'un des objets est l'insertion ou le logement des personnes défavorisées, les associations agréées en application de l'article L. 121-9 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, qui ont conclu une convention avec l'Etat, bénéficient d'une aide pour loger, à titre transitoire, des personnes défavorisées ; lorsque celles-ci sont étrangères, elles doivent justifier de la régularité de leur séjour en France. Cette aide peut être attribuée, pour loger à titre temporaire des personnes défavorisées, aux sociétés de construction dans lesquelles l'Etat détient au moins un tiers du capital, ainsi qu'aux groupements d'intérêt public ayant pour objet de contribuer au relogement des familles et des personnes visées à l'article 4 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en oeuvre du droit au logement. L'aide peut également être versée à l'établissement public visé à l'article L. 3414-1 du code de la défense pour l'hébergement des jeunes visés à ce même article, pendant la durée de leur formation.

La convention fixe chaque année le montant de l'aide attribuée à l'organisme qui est déterminé de manière forfaitaire par référence, d'une part, au plafond de loyer retenu pour le calcul de l'allocation de logement définie respectivement par les livres V, VII et VIII du présent code et, d'autre part, aux capacités réelles et prévisionnelles d'hébergement offertes par l'organisme.

Pour le calcul de l'aide instituée par le présent article, ne sont pas prises en compte les personnes bénéficiant de l'aide sociale prévue à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles et les personnes hébergées titulaires des aides prévues aux articles L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et L. 542-1, L. 755-21 et L. 831-1 du présent code.

II.-Une aide forfaitaire est versée aux communes ou aux établissements publics de coopération intercommunale qui gèrent une ou plusieurs aires d'accueil de gens du voyage. Elle est également versée aux personnes morales qui gèrent une aire en application d'une convention prévue au II de l'article 2 de la loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage.

Le versement de l'aide est subordonné à la signature d'une convention entre l'Etat et ces gestionnaires. Cette convention détermine les modalités de calcul du droit d'usage perçu par les gestionnaires des aires d'accueil et définit les conditions de leur gardiennage.

Pour chaque aire, le montant de l'aide versée au gestionnaire est déterminé en fonction, d'une part, du nombre total de places, tel qu'il figure dans la convention mentionnée au deuxième alinéa du présent II, et, d'autre part, de l'occupation effective de celles-ci.

Article L851-2

Les aides sont liquidées et versées par les caisses d'allocations familiales dans les conditions fixées par une convention nationale conclue entre l'Etat et la Caisse nationale des allocations familiales.

Article L851-3

Le financement des aides prévues au présent titre et des dépenses de gestion qui s'y rapportent est assuré, dans des conditions fixées par voie réglementaire, par une contribution des régimes de prestations familiales mentionnés à l'article L. 241-6 et par une contribution de l'Etat.

Article L851-3-1

Les dispositions de l'article L. 553-1 sont applicables aux aides prévues au présent titre.

Article L851-4

Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre 1 : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé

Article L861-1

Les personnes résidant de manière stable et régulière dans les conditions prévues à l'article L. 111-2-3 et bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret et revalorisé au 1er avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. Le montant du plafond est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.

Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

Les étudiants bénéficiaires de certaines prestations mentionnées à l'article L. 821-1 du code de l'éducation, déterminées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la sécurité sociale, peuvent bénéficier, à titre personnel, de la protection complémentaire, dans les conditions définies à l'article L. 861-3 du présent code.

Article L861-2

L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de la prime d'activité, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'Etat, est déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles.

Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active.

Article L861-2-1

Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

Article L861-3

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.

L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.

Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.

Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Un décret détermine les modalités du tiers payant, notamment la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes assurant la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et les organismes d'assurance maladie, d'autre part. Ces modalités permettent aux professionnels et aux établissements de santé d'avoir un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

Article L861-4

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 obtiennent le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3, à leur choix :

- a) Soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre ;
- b) Soit par adhésion à une mutuelle régie par le code de la mutualité, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre.

Article L861-5

La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat.

Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés

dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. Cette transmission est effectuée sans délai. Il en est de même des organismes chargés du service du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu.

La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues à l'article L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

Article L861-6

La prise en charge prévue au a de l'article L. 861-4 est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge. Sous réserve des dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, elle prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

Article L861-7

Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté.

L'autorité administrative établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à l'article L. 861-5.

En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

Article L861-8

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet, sous réserve des dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, au premier jour du mois qui suit la date de la décision de

l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5. Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits.

Article L861-9

Pour la détermination du droit aux dispositions de l'article L. 861-3 et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations.

Article L861-10

I.-En cas de réticence du bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé à fournir les informations requises ou de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire est rapportée. Le rapport de la décision entraîne la nullité des adhésions et contrats prévus au b de l'article L. 861-4.

II.-Paragraphe abrogé.

III.-Toute infraction aux prescriptions des articles L. 861-3 et L. 861-8 est punie d'une amende de 15 000 euros.

IV.-Les organismes prévus à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite sur décision de l'autorité administrative compétente. Les recours contentieux contre les décisions relatives aux demandes de remise ou de réduction de dette et contre les décisions ordonnant le reversement des prestations versées à tort sont portés devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

V.-Les dispositions des premier et troisième alinéas de l'article L. 160-11 sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé et aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre 2 : Dispositions financières

Article L862-1

Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 et d'assurer la gestion des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1.

Ce fonds, dénommé : "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.

Le fonds de financement de la protection complémentaire peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.

Article L862-2

Les dépenses du fonds sont constituées :

a) Par le remboursement aux organismes gestionnaires mentionnés aux a et b de l'article L. 861-4 des sommes correspondant à la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

Le remboursement est effectué, dans la limite des sommes mentionnées au premier alinéa du présent a, sur la base d'un forfait annuel par bénéficiaire dont le montant est fixé par décret. Ce forfait est revalorisé au 1er janvier de chaque année du niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.

Le remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en application du deuxième alinéa du présent a est majoré, dans la même limite, d'un versement du fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L. 861-6.

Le fonds transmet au Gouvernement, au plus tard le 1er septembre de chaque année, l'état des sommes correspondant à la prise en charge pour l'ensemble des organismes gestionnaires des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 ;

b) Par le remboursement aux organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1.

Les modalités d'application des a et b du présent article sont précisées par décret ;

c) Par les frais de gestion administrative du fonds.

Article L862-3

Les recettes du fonds institué à l'article L. 862-1 sont constituées d'une fraction du produit de la taxe mentionnée au I de l'article L. 862-4 et d'une fraction, fixée à l'article L. 131-8, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts.

Article L862-4

I. # Il est perçu une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire versées pour les personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.

La taxe est assise sur le montant des sommes stipulées au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service. Les sommes stipulées au profit de ces organismes s'entendent également de tous accessoires dont ceux-ci bénéficient, directement ou indirectement, du fait de l'assuré.

La taxe est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.

II. # Le taux de la taxe est fixé à 13,27 %.

Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1.

Ce taux est applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire, sous réserve que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1.

Lorsque les conditions prévues aux deuxième ou troisième alinéas du présent II ne sont pas respectées, le taux est majoré de 7 points.

II bis.-Par dérogation au II, le taux de la taxe est fixé :

1° A 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1° de l'article 998 du code général des impôts ;

2° A 6,27 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales qui exercent exclusivement ou principalement une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation si les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du présent code, et à 20,27 % si ces conditions ne sont pas respectées ;

3° A 14 % pour les garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;

4° A 7 % pour les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, sous réserve que l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré, et à cette seule condition dans le cadre des contrats mentionnés au troisième alinéa du II du présent article, et à 14 % si ces conditions ne sont pas respectées.

Les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières mentionnées au 5° du même article L. 321-1 figurant dans les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent II bis sont exonérées.

III.-Les modalités de versement ou d'imputation des remboursements prévus aux a et b de l'article L. 862-2 sont précisées par décret.

IV.-Le produit de la taxe perçue au titre des contrats mentionnés au II et au 2° du II bis, pour une part correspondant à un taux de 6,27 %, ainsi qu'au 1° du même II bis est affecté au fonds mentionné à l'article L. 862-1. Le solde du produit de la taxe est affecté, par parts égales, à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la Caisse nationale des allocations familiales.

V.-Les déclarations et versements afférents à cette taxe sont effectués par voie dématérialisée, dans des conditions fixées par décret.

La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée prévue au premier alinéa du présent V entraîne l'application d'une majoration, fixée par décret, dans la limite de 0,2 % de la taxe dont la déclaration ou le versement n'a pas été effectué par voie dématérialisée. Ces majorations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement de cette taxe dont le redevable relève, selon les règles, garanties et sanctions applicables à cette taxe.

Article L862-5

La taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés.

Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 862-1.

Article L862-6

Lorsque le montant de la taxe collectée en application des I, II et II bis de l'article L. 862-4 est inférieur au montant des imputations découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I du même article demandent au fonds le versement de cette différence dans des conditions fixées par décret.

Article L862-7

Pour l'application des articles L. 862-1 à L. 862-6 :

- a) Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 ou au calcul des demandes de remboursements mentionnés aux a et b de l'article L. 862-2 ;
- b) Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;
- c) Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les informations relatives aux cotisations émises ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des imputations mentionnées au III du même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mises en œuvre au titre du b de l'article L. 861-4 ;
- d) Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre du a de l'article L. 861-4 ;

e) L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent chaque année, avant le 1er juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.

Sur cette base, le Gouvernement établit un rapport faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.

Ce rapport est remis avant le 15 septembre au Parlement. Il est rendu public.

Article L862-8

Les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 peuvent constituer, par adhésion volontaire, des associations dont l'objet est de mettre en oeuvre, pour le compte des organismes adhérents, les opérations se rattachant aux droits et obligations qui leur incombent en application des articles L. 862-4 à L. 862-7 et dont ils demeurent responsables.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles constitutives de ces associations, notamment les conditions de leur composition, leur compétence territoriale, les règles financières qui leur sont applicables ainsi que les clauses types que doivent pour cela respecter leurs statuts. Il définit en outre les modalités de leur agrément et de leur contrôle par l'Etat.

Les organismes qui adhèrent à une association en application du premier alinéa du présent article notifient ce choix à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général compétent.

Le fonds et les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents disposent, à l'égard des associations constituées en application du présent article, des mêmes pouvoirs de contrôle qu'à l'égard des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre 3 : Dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

Article L863-1

Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 863-6, respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 et souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 35 %. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.

Il est égal à 100 euros par personne âgée de moins de seize ans, à 200 euros par personne âgée de seize à quarante-neuf ans, à 350 euros par personne âgée de cinquante à cinquante-neuf ans et à 550 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

Article L863-2

La mutuelle, l'entreprise régie par le code des assurances ou l'institution de prévoyance auprès de laquelle le contrat a été souscrit déduit du montant de la cotisation ou prime annuelle le montant du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.

Le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

Article L863-3

L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision relative au droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. La délégation de pouvoir accordée au directeur de la caisse en application du troisième alinéa de l'article L. 861-5 vaut délégation au titre du présent alinéa. L'autorité administrative ou le directeur de la caisse est habilité à demander toute pièce justificative nécessaire à la prise de décision auprès du demandeur. Cette décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la juridiction mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

La caisse remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit dont le contenu est déterminé par arrêté interministériel. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article L. 863-2.

Le droit à cette déduction est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.

Article L863-4

Les dispositions de l'article L. 861-9 sont applicables pour la détermination du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2.

Article L863-4-1

Lorsqu'une personne obtient le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 alors qu'elle est déjà couverte par un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel, elle bénéficie, à sa demande :

1° Soit de la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l'organisme assureur ne propose pas de contrats figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Cette résiliation intervient au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant la présentation par l'assuré d'une attestation de souscription d'un contrat figurant sur cette liste ;

2° Soit de la modification du contrat initialement souscrit en un contrat figurant sur la liste mentionnée au même dernier alinéa.

Les cotisations ou primes afférentes aux contrats sont remboursées par les organismes qui les ont perçues, au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Article L863-5

Le fonds mentionné à l'article L. 862-1 rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt.

Article L863-6

Le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 est réservé aux contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1, ouverts à tous les bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé et sélectionnés à l'issue d'une procédure de mise en concurrence. Cette procédure vise à sélectionner des contrats offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles prévues au même article L. 871-1. Elle est régie par des dispositions définies par décret en Conseil d'Etat, dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination.

Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures, les critères de sélection des contrats, le ou les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties mentionnées au premier alinéa ainsi que le nombre minimal de contrats retenus pour chaque niveau de garantie.

La liste des contrats ainsi sélectionnés est rendue publique et est communiquée par les caisses d'assurance maladie aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

Article L863-7

A l'expiration de son droit au bénéfice de la déduction prévue à l'article L. 863-2, toute personne ayant bénéficié d'un contrat mentionné à l'article L. 863-6 reçoit de l'organisme auprès duquel elle avait souscrit son contrat la proposition de le prolonger pour une période d'un an ou d'en souscrire un nouveau parmi les contrats offerts par cet organisme et sélectionnés dans le cadre de la procédure mentionnée au même article L. 863-6. Ce contrat est proposé au même tarif que celui applicable aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé avant la déduction opérée au titre de l'article L. 863-2.

Article L863-7-1

Les bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que sur la part des dépenses couverte par leur contrat d'assurance complémentaire de santé sélectionné en application de l'article L. 863-6, pour l'ensemble des actes et prestations qui leur sont dispensés par les professionnels de santé. Ce tiers payant est mis en œuvre pour la délivrance de médicaments, dans le respect des conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, il n'est pas mis en œuvre lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3.

Un décret détermine les modalités du tiers payant permettant aux professionnels et aux établissements de santé qui le souhaitent d'avoir un interlocuteur unique. Il précise notamment, à cet effet, la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre 3 bis : Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé

Article L863-8

I. # Les mutuelles, unions ou fédérations relevant du code de la mutualité, les entreprises d'assurance régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance régies par le présent code peuvent, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, conclure avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix.

Ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins.

L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces conventions s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité.

Tout professionnel, établissement ou service répondant aux critères mentionnés au troisième alinéa du présent I peut adhérer à la convention. Cependant, les conventions concernant la profession d'opticien-lunetier peuvent prévoir un nombre limité d'adhésions.

Pour les professionnels de santé autres que ceux appartenant à des professions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 du présent code, ces conventions ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations mentionnées aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du même code.

Le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent I ne peut être modulé en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un médecin ayant conclu une convention avec ces organismes.

II. # L'organisme assureur garantit une information complète auprès de ses assurés ou adhérents sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre 4 : Dispositions relatives à la couverture complémentaire santé des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus

Article L864-1

Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, les contrats collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé, labellisés en application de l'article L. 864-2 et qui sont souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4.

L'octroi du label vise à identifier des contrats offrant, à des prix accessibles, des garanties adaptées à la situation des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article.

Le montant annuel du crédit d'impôt est égal à 1 % des primes, hors taxes, acquittées par les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. Les modalités d'imputation de ce crédit d'impôt, dont le montant ne peut dépasser, pour chaque échéance, celui de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4, sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Le crédit d'impôt prévu au présent article n'est pas cumulable avec le bénéfice des articles L. 861-1 et L. 863-1.

Article L864-2

Bénéficient d'un label les contrats souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4, lorsque ces contrats :

1° Proposent des garanties au moins équivalentes à des niveaux déterminés pour un prix, hors taxes, inférieur à des seuils fixés, en fonction de l'âge des assurés et du niveau des garanties proposées. Ces niveaux de garanties et ces seuils de prix sont fixés par décret, pris après consultation de l'Autorité de la concurrence et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;

2° Respectent les conditions fixées à l'article L. 871-1.

La liste des contrats respectant les critères mentionnés aux trois premiers alinéas du présent article est rendue publique, dans des conditions et délais fixés par décret en Conseil d'Etat, après transmission à l'autorité compétente, par les organismes proposant ces contrats, des éléments permettant de justifier du respect de ces mêmes critères.

Les seuils mentionnés au 1° sont revalorisés annuellement en fonction de l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure.

Les organismes proposant des contrats mentionnés au premier alinéa sont tenus de transmettre à l'autorité compétente les modifications apportées à ces contrats et, au moins annuellement, leurs prix.

Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article, notamment le délai dans lequel interviennent les consultations mentionnées au 1°, ainsi que le nombre de niveaux de garanties mentionnés au même 1°.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre 5 : Dispositions d'application

Article L865-1

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent titre.

Partie législative

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide.

Article L871-1

Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2° du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité (1), et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins instauré par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge

les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 1 : Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire des salariés

Chapitre 1 : Détermination des garanties complémentaires des salariés

Article L911-1

A moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale sont déterminées soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Article L911-2

Les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 ont notamment pour objet de prévoir, au profit des salariés, des anciens salariés et de leurs ayants droit, la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, des risques d'inaptitude et du risque chômage, ainsi que la constitution d'avantages sous forme de pensions de retraite, d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière.

Article L911-3

Les dispositions du titre III du livre Ier du code du travail sont applicables aux conventions et accords collectifs mentionnés à l'article L. 911-1. Toutefois, lorsque les accords ont pour objet exclusif la détermination des garanties mentionnées à l'article L. 911-2, leur extension aux salariés, aux anciens salariés, à leurs ayants droit et aux employeurs compris dans leur champ d'application est décidée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, après avis motivé d'une commission dont la composition est fixée par décret.

Article L911-4

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget peuvent élargir, sur demande ou après avis motivé de la commission mentionnée à l'article L. 911-3, tout ou partie des dispositions d'accords étendus conformément à ce même article à des employeurs, à des salariés et anciens salariés et à leurs ayants droit non compris dans le champ d'application de ces accords.

Article L911-5

Les dispositions des articles L. 132-4, L. 132-6 et L. 423-15 du code du travail s'appliquent au projet d'accord proposé par le chef d'entreprise mentionné à l'article L. 911-1. Les conditions dans lesquelles ce projet d'accord est ratifié et adopté et les conditions dans lesquelles l'accord est ensuite modifié, mis en cause à raison notamment d'une fusion, d'une cession ou d'une scission ou d'un changement d'activité ou dénoncé ainsi que la durée du préavis qui doit précéder la dénonciation sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Ce même décret détermine les conditions dans lesquelles une convention ou un accord collectif d'entreprise peut se substituer à une décision unilatérale de l'employeur ou à un accord ratifié mentionné à l'article L. 911-1 ou ce même accord ratifié peut se substituer à la décision unilatérale de l'employeur lorsque ceux-ci mettent en oeuvre les garanties collectives régies par le présent chapitre.

Article L911-6

Les dispositions des articles L. 3334-1 à L. 3334-15 du code du travail s'appliquent au projet d'accord collectif mentionné à l'article L. 911-1 conclu dans le cadre d'un plan d'épargne pour la retraite collectif.

Article L911-7

I. # Les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident déterminée selon l'une des modalités mentionnées à l'article L. 911-1 dont chacune des catégories de garanties et la part du financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que celles mentionnées aux II et III du présent article sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur, dans le respect de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Les salariés concernés sont informés de cette décision. II. # La couverture minimale mentionnée au I comprend la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes : 1° La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale, prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ; 2° Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ; 3° Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement. Un décret détermine le niveau de prise en charge de ces dépenses ainsi que la liste des dispositifs médicaux mentionnés au 3° entrant dans le champ de cette couverture. Les contrats conclus en vue d'assurer cette couverture

minimale sont conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 et au II de l'article L. 862-4. III. # L'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à un seuil fixé par décret et s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Cette durée s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans prise en compte de l'application, le cas échéant, de l'article L. 911-8. Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. IV. # Un décret précise les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1, en raison de la couverture garantie par ce régime.

Article L911-7-1

I.-La couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident des salariés en contrat à durée déterminée, en contrat de mission ou à temps partiel mentionnés au présent article est assurée, dans les cas prévus aux II et III, par le biais d'un versement, par leur employeur, d'une somme représentative du financement résultant de l'application des articles L. 911-7 et L. 911-8, et qui s'y substitue alors.

II.-Ce versement est conditionné à la couverture de l'intéressé par un contrat d'assurance maladie complémentaire portant sur la période concernée et respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Le salarié justifie de cette couverture. Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une couverture complémentaire au titre de l'article L. 861-3, d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1, d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Un décret détermine les modalités selon lesquelles est fixé le montant de ce versement, en fonction du financement mis en œuvre en application des articles L. 911-7 et L. 911-8, de la durée du contrat et de la durée de travail prévue par celui-ci.

III.-Un accord de branche peut prévoir que l'obligation de couverture des risques mentionnée au I du présent article et, le cas échéant, l'obligation mentionnée à l'article L. 911-8 sont assurées selon les seules modalités mentionnées au II du présent article pour les salariés dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure à des seuils fixés par cet accord, dans la limite de plafonds fixés par décret.

En l'absence d'accord de branche relatif à la couverture mentionnée au I de l'article L. 911-7 ou lorsque celui-ci le permet, un accord d'entreprise peut également comporter les dispositions mentionnées au premier alinéa du présent III.

IV.-Les salariés ayant fait valoir la faculté de dispense prévue au deuxième alinéa du III de l'article L. 911-7 ont droit au versement mentionné au I du présent article.

Article L911-8

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de

cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes : 1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ; 2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ; 3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ; 4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ; 5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ; 6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa. Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 1 : Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire des salariés

Chapitre 2 : Clauses obligatoires

Article L912-1

I.-Les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés à l'article L. 911-1 peuvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, prévoir l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge partielle ou totale de la cotisation pour certains salariés ou anciens salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.

Dans ce cas, les accords peuvent organiser la couverture des risques concernés en recommandant un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ou une ou plusieurs institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, sous réserve du respect des conditions définies au II du présent article.

Le ou les organismes ou institutions adressent annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre, dont le contenu est précisé par décret.

II.-La recommandation mentionnée au I doit être précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes ou institutions concernés, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats et selon des modalités prévues par décret.

Le ou les organismes ou institutions ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de l'accord. Ils sont tenus d'appliquer un tarif unique et d'offrir des garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés.

III.-Les accords mentionnés au I comportent une clause fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité, qui ne peut excéder cinq ans, les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées. La procédure prévue au premier alinéa du II est applicable à ce réexamen.

IV.-Les accords mentionnés au I peuvent prévoir que certaines des prestations nécessitant la prise en compte d'éléments relatifs à la situation des salariés ou sans lien direct avec le contrat de travail les liant à leur employeur sont financées et gérées de façon mutualisée, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, pour l'ensemble des entreprises entrant dans leur champ d'application.

Article L912-2

Lorsque l'accord d'entreprise, l'accord ratifié ou la décision unilatérale de l'employeur désigne celui ou ceux des organismes mentionnés à l'article L. 912-1 qui garantissent la couverture des risques, il comporte une clause déterminant dans quelles conditions et selon quelle périodicité le choix de ces organismes ainsi que des intermédiaires peut être réexaminé. La périodicité du réexamen ne peut excéder cinq ans.

Article L912-3

Lorsque la convention, l'accord ou la décision unilatérale constatée par un écrit relevant de l'article L. 911-1 prévoient la couverture, sous forme de rentes, du décès, de l'incapacité de travail ou de l'invalidité, ils organisent également, en cas de changement d'organisme d'assurance ou d'institution mentionnée à l'article L. 370-1 du code des assurances, la poursuite de la revalorisation des rentes en cours de service. Lorsque le décès est couvert par ces mêmes conventions, accords ou décisions, ceux-ci organisent le maintien de cette garantie pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail et d'invalidité en cas de changement d'organisme d'assurance ou d'institution mentionnée à l'article L. 370-1 du code des assurances.

Dans ce dernier cas, la revalorisation des bases de calcul des différentes prestations relatives à la couverture du risque décès est au moins égale à celle déterminée par le contrat de l'organisme assureur ou d'une institution mentionnée à l'article L. 370-1 du code des assurances qui a fait l'objet d'une résiliation.

Article L912-4

Les conventions, accords ou décisions unilatérales mentionnés à l'article L. 911-1 qui concernent des pensions de retraite définissent obligatoirement les conditions d'attribution d'une pension de réversion au conjoint séparé de corps ou divorcé non remarié, quelle que soit la cause de la séparation de corps ou du divorce.

En cas d'attribution d'une pension de réversion au conjoint survivant et au conjoint divorcé, les droits de chacun d'entre eux ne pourront être inférieurs à la part qui lui reviendrait si celle-ci était calculée en fonction de la durée respective de chaque mariage.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 1 : Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire des salariés

Chapitre 3 : Clauses prohibées

Article L913-1

Aucune disposition comportant une discrimination fondée sur le sexe ne peut être insérée, à peine de nullité, dans les conventions, accords ou décisions unilatérales relevant de l'article L. 911-1.

L'alinéa précédent ne fait pas obstacle aux dispositions relatives à la protection de la femme en raison de la maternité.

Article L913-2

Aucune disposition entraînant la perte des droits acquis ou en cours d'acquisition à des prestations de retraite, y compris à la réversion, des salariés ou anciens salariés en cas d'insolvabilité de l'employeur ou de transfert d'entreprises, d'établissements ou de parties d'établissements à un autre employeur, résultant d'une cession conventionnelle ou d'une fusion, ne peut être insérée à peine de nullité dans les conventions, accords ou décisions unilatérales mentionnés à l'article L. 911-1.

Article L913-3

Toute clause d'une convention, d'un accord ou d'une décision unilatérale de l'employeur relative à un régime de retraite s'ajoutant aux droits mis en oeuvre par les régimes de retraite complémentaire obligatoires relevant du titre II du présent livre et assurant différemment le maintien des droits à la retraite des salariés, anciens salariés et ayants droit selon que ceux-ci restent sur le territoire français ou vont résider dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen est nulle et de nul effet.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 1 : Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire des salariés

Chapitre 4 : Dispositions communes

Article L914-1

Les dispositions du présent titre sont d'ordre public.

Article L914-2

Les institutions relevant du titre III ou du titre IV du présent livre, les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, les organismes mentionnés aux a, c et d de l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et les entreprises qui, dans le cadre de l'article 911-1, constituent au profit des personnes qu'ils assurent ou de leurs salariés des droits à retraite s'ajoutant à ceux mis en oeuvre par les régimes de retraite complémentaire obligatoires relevant du titre II du présent livre sont tenus de notifier à ceux-ci avant le 30 septembre de chaque année les droits qu'ils ont acquis à ce titre au cours de l'année précédente.

Lorsque le salarié quitte l'entreprise avant d'avoir fait liquider ses droits à la retraite, lesdits organismes, institutions ou entreprises lui adressent, dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle les cotisations ne sont plus versées, une note d'information sur ses droits mentionnant notamment les modalités et conditions selon lesquelles il en obtiendra la liquidation et, lorsque le contrat ou le règlement du régime le prévoit, les conditions et délais de leur transfert à un autre régime.

Article L914-3

Le versement par une institution relevant du titre III ou du titre IV du présent livre, les institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, un des organismes mentionnés aux a, c et d de l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée ou par toute entreprise, aux salariés, anciens salariés et ayants droit résidant dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, de prestations ou avantages d'invalidité, de retraite ou en cas de décès, est effectué net de taxes et d'éventuels frais de transaction.

Article L914-4

Les salariés détachés temporairement par leur employeur dans un Etat membre de la communauté européenne ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour y exercer une activité salariée ou assimilée en application des dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté doivent pouvoir demeurer soumis pendant la période de détachement aux dispositions des régimes d'invalidité, de retraite ou en cas de décès institués conformément à l'article L. 911-1, applicables à l'entreprise.

Les salariés d'un autre Etat membre de la communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen détachés temporairement, par leur employeur, sur le territoire français, pour y exercer une activité salariée ou assimilée en application des dispositions du règlement mentionné au premier alinéa et qui continuent à verser des cotisations à un régime complémentaire dans cet Etat sont exemptés, ainsi que leur employeur, de cotiser aux régimes d'invalidité, de retraite ou en cas de décès institués conformément aux dispositions de l'article L. 911-1, applicables à l'entreprise de détachement.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 2 : Dispositions relatives aux retraites complémentaires obligatoires, aux institutions de retraite complémentaire et à leurs fédérations

Chapitre 1 : Dispositions relatives à la généralisation de la retraite complémentaire des salariés

Article L921-1

Les catégories de salariés soumis à titre obligatoire à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale ou des assurances sociales agricoles et les anciens salariés de même catégorie, qui ne relèvent pas d'un régime complémentaire de retraite géré par une institution de retraite complémentaire autorisée en vertu du présent titre ou du I de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime sont affiliés obligatoirement à une de ces institutions. Ces dispositions sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 382-15 qui bénéficient d'un revenu d'activité perçu individuellement.

Une solidarité interprofessionnelle et générale sera organisée entre les institutions, en application conjointe, s'il y a lieu, des procédures définies par l'article L. 911-4 du présent code et l'article L. 727-3 du code rural et de la pêche maritime.

Cette solidarité s'étend aux opérations visées au dernier alinéa de l'article L. 922-1 du présent code.

Article L921-2

Des décrets fixent, en tant que de besoin, les conditions d'affiliation à un régime de retraite complémentaire des salariés et anciens salariés auxquels les procédures fixées à l'article L. 911-4 du présent code et à l'article L. 727-3 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables notamment dans les secteurs professionnels dotés d'un régime complémentaire de retraite défini par voie réglementaire.

Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 921-4 ne sont pas applicables aux régimes de retraite complémentaire visés au premier alinéa du présent article.

Les dispositions du second alinéa de l'article L. 921-4 relatives à l'adhésion aux fédérations et à la compensation des opérations des institutions de retraite complémentaire ne sont pas applicables aux institutions qui mettent en oeuvre les régimes visés au premier alinéa du présent article aussi longtemps que celles-ci ne participent pas à une telle compensation.

Article L921-2-1

Les agents contractuels de droit public sont affiliés à un régime de retraite complémentaire obligatoire relevant de l'article L. 921-2, dénommé " Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques " et défini par voie réglementaire.

Les articles L. 243-4 et L. 243-5 s'appliquent aux cotisations versées à l'institution mentionnée au premier alinéa du présent article. Le premier alinéa de l'article L. 355-2 s'applique aux prestations servies par cette institution.

L'institution mentionnée au premier alinéa du présent article est soumise au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales.

Article L921-3

Les services antérieurs à leur affiliation résultant de l'application du présent chapitre, accomplis par les salariés et anciens salariés mentionnés à l'article L. 921-1, sont validés par les institutions de rattachement conformément aux règles auxquelles sont soumises ces institutions.

Article L921-4

Les régimes de retraite complémentaire des salariés relevant du présent chapitre sont institués par des accords nationaux interprofessionnels étendus et élargis conformément aux dispositions du titre Ier du présent livre.

Ils sont mis en oeuvre par des institutions de retraite complémentaire et des fédérations regroupant ces institutions. Les fédérations assurent une compensation des opérations réalisées par les institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 2 : Dispositions relatives aux retraites complémentaires obligatoires, aux institutions de retraite complémentaire et à leurs fédérations

Chapitre 2 : Dispositions relatives aux institutions de retraite complémentaire, à leurs fédérations et à leurs opérations

Section 1 : Institutions de retraite complémentaire

Article L922-1

Les institutions de retraite complémentaire sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif et remplissant une mission d'intérêt général, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants, tels que définis à l'article L. 922-2, ou par leurs représentants. Elles sont autorisées à fonctionner par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 921-2, elles réalisent les opérations de gestion qu'implique la mise en oeuvre des régimes relevant du chapitre Ier du présent titre, conformément aux dispositions des statuts et règlements de la fédération à laquelle elles adhèrent.

Elles peuvent également mettre en oeuvre au profit de leurs membres participants une action sociale.

Elles peuvent intervenir pour la partie des prestations servies par des régimes spéciaux existant avant le 6 octobre 1945, équivalente aux prestations d'assurance vieillesse qu'elles servent à leurs assurés. Cette intervention est organisée par voie de conventions financières, soumises à l'approbation des ministres de tutelle des régimes de sécurité sociale concernés.

Article L922-2

La ou les entreprises qui adhèrent à une institution de retraite complémentaire en deviennent membres adhérents.

L'adhésion d'une entreprise à une institution de retraite complémentaire entraîne l'affiliation de tous les salariés visés à l'article L. 921-1 qui appartiennent à la catégorie couverte par l'institution. Ces salariés en deviennent membres participants ainsi que les anciens salariés et assimilés bénéficiaires directs d'avantages de retraite complémentaire.

Article L922-3

Les institutions de retraite complémentaire ne peuvent pratiquer d'opérations autres que celles relatives aux régimes de retraite complémentaire relevant du présent titre.

Section 2 : Fédérations d'institutions de retraite complémentaire

Article L922-4

Les fédérations d'institutions de retraite complémentaire sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif et remplissant une mission d'intérêt général, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants, tels que définis à l'article L. 922-2, ou par leurs représentants.

Elles sont autorisées à fonctionner par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Elles ont pour objet de mettre en oeuvre les dispositions prévues par les accords mentionnés à l'article L. 921-4 ainsi que les décisions prises pour leur application par les représentants des employeurs et des salariés signataires de ces accords, réunis à cet effet en commission paritaire, et, notamment, de réaliser une compensation des opérations réalisées par les institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent.

Article L922-5

Les fédérations d'institutions de retraite complémentaire exercent, dans l'intérêt des adhérents et des participants, un contrôle sur les institutions qui y adhèrent.

Lorsque cela est nécessaire à la vérification de la situation financière des institutions mentionnées au premier alinéa et du respect de leurs engagements, ce contrôle peut être étendu aux groupements dont ces institutions sont membres ainsi qu'aux personnes morales liées directement et indirectement à une institution par convention.

Les résultats de ces contrôles sont transmis aux commissaires aux comptes des institutions de retraite complémentaire concernées.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

Section 3 : Dispositions communes

Article L922-6

Les statuts et règlements de retraite des institutions de retraite complémentaire et ceux de leurs fédérations sont approuvés, ainsi que leurs modifications, par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article L922-7

Les articles L. 243-4 et L. 243-5 s'appliquent aux cotisations versées aux institutions de retraite complémentaire.

Le premier alinéa de l'article L. 355-2 s'applique aux prestations servies par ces institutions.

Article L922-8

Les dispositions du I au VI de l'article L. 931-7-2, et les dispositions des articles L. 931-14, L. 931-7-5, L. 931-25, L. 931-26 et L. 931-27 s'appliquent aux institutions de retraite complémentaire et à leurs fédérations.

Article L922-9

Les dispositions de l'article L. 931-13 sont applicables aux institutions de retraite complémentaire ainsi qu'à leurs fédérations.

Toutefois, pour l'application dudit article et par dérogation aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 823-12 du code de commerce, les commissaires aux comptes des institutions de retraite complémentaire adhérentes à une fédération sont déliés du secret professionnel à l'égard de ladite fédération pour les faits, actes et renseignements dont ils ont pu avoir connaissance à raison de leurs fonctions.

Article L922-10

Les dispositions de l'article L. 913-1 sont applicables aux statuts et règlements de retraite des institutions de retraite complémentaire et de leurs fédérations.

Article L922-11

Est réputée non écrite et nulle de plein droit, toute disposition des statuts ou du règlement d'une institution de retraite mentionnée soit au présent titre, soit au I de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime intéressant le personnel salarié d'une ou de plusieurs professions, lorsque cette disposition emporte la perte des droits à la retraite d'un salarié pour changement de profession.

Les régimes mentionnés à l'alinéa précédent doivent, s'il y a lieu, modifier leurs dispositions pour définir les nouvelles modalités assurant la sauvegarde des droits de leurs adhérents.

Lorsqu'un salarié a été affilié successivement à plusieurs institutions mentionnées à l'alinéa premier, chacune d'elles doit, pour l'appréciation des conditions d'ouverture du droit à la retraite prévues par ses statuts ou règlements, tenir compte, quelle qu'en soit la durée, des périodes d'affiliation aux autres institutions. Si le droit à retraite est ouvert auprès d'une ou plusieurs institutions par application de ces dispositions, chacune de ces institutions calcule les avantages de retraite à sa charge suivant les règles prévues par ses statuts ou règlements et sur la base des périodes validables par elle. Toutefois, les statuts ou règlements peuvent prévoir que les périodes d'affiliation inférieures à une durée minimale fixée par décret en Conseil d'Etat ne donnent pas lieu au versement des prestations correspondantes.

Ces dispositions qui sont d'ordre public s'appliquent aux anciens salariés ayant appartenu à des professions ressortissant de régimes ou institutions prévus au premier alinéa.

Un décret fixe les modalités d'application des dispositions ci-dessus.

Article L922-12

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles est subordonné l'octroi de l'autorisation de fonctionner prévue aux articles L. 922-1 et L. 922-4.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 951-10, l'autorisation peut être retirée par l'autorité compétente de l'Etat en cas de modification substantielle des données au vu desquelles elle avait été délivrée.

Pour les institutions autres que celles qui sont dans le champ de compétence de la commission prévue à l'article L. 951-1, un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles est subordonné le retrait de l'autorisation.

Article L922-13

Un décret en Conseil d'Etat détermine les règles de fonctionnement et les conditions de la liquidation des institutions et fédérations régies par le présent titre.

Article L922-14

Les institutions de retraite complémentaire et les fédérations d'institutions de retraite complémentaire sont soumises au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions

Chapitre 1 : Institutions de prévoyance

Section 1 : Dispositions générales

Article L931-1

Les institutions de prévoyance sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants définis à l'article L. 931-3.

Elles ont pour objet :

- a) De contracter envers leurs participants des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, de s'engager à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ou de faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation et de contracter à cet effet des engagements déterminés ;
- b) De couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ;
- c) De couvrir le risque chômage.

Une même institution ne peut toutefois effectuer les opérations mentionnées aux a et c du présent article.

Les institutions de prévoyance peuvent accepter ces mêmes engagements et risques en réassurance.

Elles peuvent mettre en oeuvre au profit de leurs membres participants une action sociale qui, lorsqu'elle se traduit par l'exploitation de réalisations sociales collectives, doit être gérée par une ou plusieurs personnes morales distinctes de l'institution.

Elles garantissent à leurs membres participants le règlement intégral des engagements qu'elles contractent à leur égard.

Elles sont constituées sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié à la majorité des intéressés ou par accord entre des membres adhérents et des membres participants réunis à cet effet en assemblée générale.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et notamment les règles de constitution du fonds d'établissement dont chaque institution doit disposer.

Article L931-1-1

I.-La réassurance est l'activité d'un organisme, autre qu'un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances, définie aux I et II de l'article L. 310-1-1 du code des assurances.

II.-Outre les institutions de prévoyance mentionnées à l'article L. 931-1, sont autorisées à exercer en France l'activité de réassurance, les institutions de prévoyance et leurs unions ayant la réassurance pour activité exclusive, dont le siège social est situé en France et qui sont agréées dans les conditions définies à l'article L. 931-4-1.

Article L931-2

Des institutions de prévoyance prenant des engagements ou couvrant des risques de même nature peuvent constituer des unions dont l'objet est de soit de mutualiser des engagements ou de couvrir des risques déterminés, soit de réassurer intégralement les opérations relatives aux bulletins d'adhésion à des règlements ou contrats souscrits par ces institutions. Dans tous les cas, ces unions ne peuvent être constituées qu'entre institutions de prévoyance régies par les dispositions du présent titre.

Dans le premier cas, l'union garantit les engagements ou couvre les risques ainsi déterminés au bénéfice des membres participants des institutions qui en sont membres. Dans le second cas, les institutions membres s'engagent à céder à l'union, par un traité de réassurance, l'intégralité des engagements ou risques qu'elles garantissent ou couvrent, l'union donnant aux institutions sa caution solidaire. L'union a une personnalité civile distincte de celle des institutions qui en sont membres. Elle est agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions de l'article L. 931-4 et régie pour son fonctionnement ainsi que pour les opérations qu'elle réalise par les dispositions du présent titre, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat. Les opérations pour lesquelles les unions se portent caution solidaire sont considérées comme garantissant des engagements ou couvrant des risques directs pour l'application du présent chapitre.

Article L931-2-1

Deux ou plusieurs institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance ou au moins une institution de prévoyance ou union d'institutions de prévoyance et un autre organisme assureur à gestion paritaire peuvent constituer entre eux un groupement assurantiel de protection sociale auquel peuvent ensuite adhérer d'autres organismes relevant des catégories suivantes :

1° Organismes régis par le titre 3 du livre 9 du code de la sécurité sociale ou au II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ;

2° Mutuelles et unions régies par le livre II du code de la mutualité , unions de groupe mutualiste définies à l' article L. 111-4-1 du code de la mutualité et les unions mutualistes de groupe définies à l' article L. 111-4-2 du code de la mutualité ;

3° Sociétés d'assurance mutuelle et unions de sociétés d'assurance mutuelle relevant du code des assurances , ainsi que les sociétés de groupe d'assurance mutuelle et les groupements d'assurance mutuelle définis respectivement aux articles L. 322-1-3 et L. 322-1-5 du code des assurances ;

4° Autres organismes d'assurance à forme mutuelle ou coopérative ou à gestion paritaire dont le siège est situé dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Pour l'application du 4°, est considéré comme organisme d'assurance à gestion paritaire, tout organisme assureur dont le conseil d'administration ou l'organe assimilé prend ses décisions par la voie de délibérations de représentants des employeurs et de représentants des salariés.

Le groupement assurantiel de protection sociale a pour objet de faciliter et de développer, en les coordonnant, les activités de ses membres qui demeurent, pour chacun d'entre eux, directement responsables de la garantie de leurs engagements, le cas échéant. En aucun cas, le groupement assurantiel de protection sociale ne peut pratiquer des opérations d'assurance ou de réassurance.

Les organismes mentionnés au premier alinéa ne peuvent adhérer à un groupement assurantiel de protection sociale que si leurs statuts en prévoient expressément la possibilité. Le groupement assurantiel de protection sociale ne peut exercer sur ses membres d'influence dominante au sens du 1° de l'article L. 356-1 du code des assurances ni établir de relations financières fortes et durables entre ses membres.

Les statuts du groupement assurantiel de protection sociale peuvent prévoir que les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance relevant du présent code disposent d'au moins la moitié des sièges au conseil d'administration.

Un groupement assurantiel de protection sociale peut être transformé en société de groupe assurantiel de protection sociale au sens de l'article L. 931-2-2 du présent code sans donner lieu à dissolution ni à création d'une personne morale nouvelle.

Les conditions de fonctionnement du groupement assurantiel de protection sociale sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L931-2-2

L'expression : " société de groupe assurantiel de protection sociale " désigne les personnes morales qui ne sont pas des compagnies financières holding mixtes au sens de l' article L. 517-4 du code monétaire et financier , dont l'activité principale consiste :

1° A prendre et à gérer des participations, au sens du 10° de l'article L. 310-3 du code des assurances , dans des entreprises mentionnées aux articles L. 310-1 ou L. 310-1-1 du code des assurances, ou dans des entreprises d'assurance ou de réassurance dont le siège social est situé hors de France ;

2° Ou à nouer et à gérer des relations financières fortes et durables avec :

a) Des institutions de prévoyance ou union d'institutions de prévoyance régies par le titre 3 du livre 9 du code de la sécurité sociale ;

b) Des mutuelles ou unions de mutuelles régies par le livre II du code de la mutualité ;

c) Des sociétés d'assurance mutuelle régies par le code des assurances ;

d) Des entreprises d'assurance ou de réassurance à forme mutuelle ou coopérative ou à gestion paritaire ayant leur siège social dans un Etat membre de l'Union européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

e) Des sociétés de groupe assurantiel de protection sociale définies au présent article, des sociétés de groupe d'assurance mutuelle définies à l' article L. 322-1-3 du code des assurances , des unions mutualistes de groupe définies à l' article L. 111-4-2 du code de la mutualité .

La société de groupe assurantiel de protection sociale doit compter au moins deux organismes affiliés dont l'un au moins est, soit une institution de prévoyance ou une union régie par le titre 3 du livre 9, soit une société de groupe assurantiel de protection sociale.

La société de groupe assurantiel de protection sociale doit exercer effectivement une influence dominante au moyen d'une coordination centralisée sur les décisions, y compris financières, des organismes affiliés.

Les relations financières fortes et durables mentionnées au 2° sont déterminées par une convention d'affiliation conclue entre la société de groupe assurantiel de protection sociale et chacun des organismes affiliés. Ces organismes ne peuvent s'affilier à une société de groupe assurantiel de protection sociale que si leurs statuts en prévoient expressément la possibilité et s'ils ne sont pas déjà affiliés à une société de groupe d'assurance définie à l' article L. 322-1-2 du code des assurances , à une union mutualiste de groupe définie à l' article L. 111-4-2 du code de la mutualité ou à une autre société de groupe assurantiel de protection sociale.

Les modalités de constitution et de fonctionnement des sociétés de groupe assurantiel de protection sociale sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La conclusion par un organisme d'une convention d'affiliation à une société de groupe assurantiel de protection sociale ou la résiliation de celle-ci font l'objet d'une déclaration préalable à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Celle-ci dispose d'un délai dont la durée est fixée par décret en Conseil d'Etat à compter de la réception du dossier pour s'opposer à l'opération projetée si celle-ci apparaît contraire aux intérêts des assurés. Il en va de même lorsqu'un organisme fait l'objet d'une mesure d'exclusion de la société de groupe assurantiel de protection sociale.

Article L931-3

Les membres adhérents d'une institution de prévoyance sont la ou les entreprises ayant adhéré à un règlement de l'institution ou souscrit un contrat auprès de celle-ci.

Est considérée comme entreprise, au sens du présent titre, toute personne physique ou morale qui emploie un ou plusieurs salariés.

Les membres participants comprennent :

1° Les salariés affiliés à l'institution sur la base des dispositions des articles L. 932-1 et L. 932-14 ;

2° Les anciens salariés de membres adhérents ainsi que leurs ayants droit qui sont affiliés à l'institution sur la base des dispositions de l'article L. 932-14 ;

3° Les personnes visées aux 1° et 2° à compter de la date à laquelle l'institution a liquidé la ou les prestations auxquelles elles ont droit.

Est considérée comme salariée, au sens du présent titre, toute personne relevant des articles L. 311-2 et L. 311-3 du présent code et de l'article 1144 du code rural (1).

Article L931-3-1

Sont également membres adhérents les groupements d'épargne retraite populaire qui ont adhéré à un règlement ou souscrit un contrat en vue de la réalisation de leur objet auprès d'une institution au bénéfice des membres participants de celle-ci et de leurs ayants droit.

Article L931-3-2

I.-Aucune différence en matière de cotisations et de prestations ne peut être fondée sur le sexe.

L'alinéa précédent ne fait pas obstacle à l'attribution aux femmes de prestations liées à la grossesse et à la maternité.

II.-Abrogé.

III.-Abrogé.

Article L931-3-3

Les institutions de prévoyance régies par le présent code qui commercialisent des contrats d'assurance complémentaire en matière de santé doivent faire figurer dans les documents de communication à leurs membres participants ou destinés à faire leur publicité les conditions de prise en charge, de façon simple et normalisée, chiffrée en euros, pour les frais de soins parmi les plus courants ou pour ceux pour lesquels le reste à charge est le plus important, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 2 : Agrément administratif

Article L931-4

Les institutions de prévoyance et les unions mentionnées à l'article L. 931-1 ne peuvent commencer leurs opérations d'assurance qu'après avoir obtenu un agrément délivré par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions définies à l'article L. 321-10 du code des assurances.

Pour l'application du précédent alinéa, il y a lieu d'entendre : " institutions de prévoyance ou leurs unions " là où est mentionné dans le code des assurances : " entreprises ou entreprises d'assurance ", les institutions de prévoyance et les unions mentionnées à l'article L. 931-6 sont assimilées aux entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-3-1 du code des assurances, la référence à l'article L. 322-2 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 931-7-2 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 322-3-2 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 931-7-1 du code de la sécurité sociale.

Les bulletins d'adhésion aux règlements et les contrats souscrits en infraction aux dispositions du premier alinéa sont nuls. Toutefois, cette nullité n'est pas opposable, lorsqu'ils sont de bonne foi, aux adhérents, participants et bénéficiaires.

Les dispositions du présent article s'appliquent en cas d'extension de l'activité de l'institution ou l'union.

Les opérations d'acceptation en réassurance ne sont pas soumises à l'agrément.

Article L931-4-1

Les institutions de prévoyance et unions mentionnées au II de l'article L. 931-1-1, qui ont pour activité exclusive la réassurance et dont le siège social est situé en France, ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément délivré par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions définies à l'article L. 321-10-1 du code des assurances.

Pour l'application du précédent alinéa, la référence à l'article L. 324-1-2 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 931-16-1 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 322-3-2 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 931-7-1 du code de la sécurité sociale, les mots : " entreprise de réassurance " désignent " les institutions de prévoyance ou leurs unions exerçant une activité de réassurance ", le mot : " entreprises " désigne " les institutions de prévoyance ou leurs unions ".

Article L931-4-2

Les institutions de prévoyance et leurs unions peuvent pratiquer des opérations de libre prestation de service ou en libre établissement dans les conditions fixées par les articles L. 321-11 et L. 321-11-1 du code des assurances. Pour l'application de ces articles, les institutions de prévoyance et les unions mentionnées à l'article L. 931-6 sont assimilées aux entreprises mentionnées à l'article L. 310-3-1 du code des assurances et il y a lieu d'entendre : " institutions de prévoyance ou leurs unions exerçant une activité d'assurance directe ou de réassurance " là où est mentionné dans le code des assurances : " entreprises d'assurance ou de réassurance ".

Article L931-5

L'agrément prévu aux articles L. 931-4 et L. 931-4-1 est déclaré caduc par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions définies aux articles L. 321-10-2 et L. 321-10-3 du code des assurances.

Sans préjudice des dispositions des 6° et 7° de l'article L. 612-39 du code monétaire et financier, cet agrément peut être retiré par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions définies au chapitre V du titre II du livre III du code des assurances.

Pour l'application des alinéas précédents, la référence à l'article L. 324-1 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 931-16 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 324-1-2 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 931-16-1 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 322-3-2 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 931-7-1 du code de la sécurité sociale, les mots : " entreprise d'assurance ou de réassurance " désignent " les institutions de prévoyance ou leurs unions exerçant une activité d'assurance directe ou de réassurance ", les mots : " entreprise d'assurance " désignent " les institutions de prévoyance ou leurs unions exerçant une activité d'assurance directe ", le mot : " contrats " désigne " les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats ", les mots : " assurés et tiers bénéficiaires " désignent " les membres participants et bénéficiaires ".

Article L931-5-1

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application de la présente section.

Section 3 : Fonctionnement

Sous-section 1 : Champ d'application du régime dit “ Solvabilité II ”

Article L931-6

Les institutions de prévoyance ou unions relevant du régime dit " Solvabilité II " sont :

1° Les institutions de prévoyance ou unions mentionnées à l'article L. 931-1 qui, à compter du 1er janvier 2012, ont rempli pendant trois exercices annuels consécutifs l'une des conditions suivantes :

- a) L'encaissement annuel de cotisations brutes émises par l'institution de prévoyance ou l'union dépasse 5 millions d'euros ;
- b) Le total des provisions techniques, au sens défini au titre IV du livre III du code des assurances, brutes de cessions en réassurance ou à des véhicules de titrisation de l'institution de prévoyance ou l'union dépasse 25 millions d'euros ;
- c) L'institution de prévoyance ou l'union appartient à un groupe défini à l'article L. 356-1 du code des assurances ;
- d) L'activité de l'institution de prévoyance ou de l'union comporte des opérations de réassurance qui :
 - i) Dépassent 500 000 € d'encaissement de cotisations brutes émises ou 2,5 millions d'euros de provisions techniques, au sens défini au titre IV du livre III du code des assurances, brutes de cessions en réassurance ou à des véhicules de titrisation ;
 - ii) Ou représentent plus de 10 % de son encaissement cotisations brutes émises ou de ses provisions techniques, au sens défini au titre IV du livre III du code des assurances, brutes de cessions en réassurance ou à des véhicules de titrisation ;

2° Les institutions de prévoyance et leurs unions mentionnées au II de l'article L. 931-1-1 ;

3° Les institutions de prévoyance et leurs unions sollicitant un agrément mentionné à l'article L. 931-4 en vue d'exercer des activités d'assurance ou de réassurance dont l'encaissement annuel cotisations brutes émises ou le montant brut des provisions techniques, au sens défini au titre IV du livre III du code des assurances, brutes de cessions en réassurance ou à des véhicules de titrisation, dépasseront, selon les prévisions, un des montants énoncés au 1° au cours des cinq exercices annuels suivants ;

4° Les institutions de prévoyance et leurs unions qui, bien que ne satisfaisant à aucune des conditions énoncées aux 1°, 2° et 3°, exercent les activités prévues à l'article L. 321-11 du code des assurances ;

5° Les unions mentionnées à l'article L. 931-2 dont l'objet est de réassurer intégralement les opérations d'assurance non vie relatives aux bulletins d'adhésion à des règlements ou contrats souscrits par les institutions membres de l'union.

Article L931-6-1

Les institutions de prévoyance et unions ne relevant pas du régime dit " Solvabilité II " sont :

1° Les institutions de prévoyance et unions qui ne sont pas des institutions de prévoyance et unions relevant du régime dit " Solvabilité II " au sens de l'article L. 931-6 ;

2° Les institutions de prévoyance et unions qui cessent de relever du régime dit " Solvabilité II " après que l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution a vérifié que :

a) Aucune des conditions énoncées au 1° de l'article L. 931-6 n'a été remplie pendant les trois derniers exercices annuels consécutifs ;

b) Aucune des conditions énoncées au 1° de l'article L. 931-6 ne sera, selon les prévisions, remplie au cours des cinq exercices annuels suivants ;

3° Les institutions membres d'une union mentionnée au 5° de l'article L. 931-6 qui sont intégralement réassurées.

Sous-section 2 : Système de gouvernance applicable aux institutions de prévoyance et unions »

Article L931-7

Les institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-6 mettent en place un système de gouvernance garantissant une gestion saine et prudente de leur activité et faisant l'objet d'un réexamen interne régulier. Ce système de gouvernance repose sur une séparation claire des responsabilités et comprend un dispositif efficace de transmission des informations. Il est proportionné à la nature, à l'ampleur et à la complexité des opérations de l'entreprise, de l'institution de prévoyance ou de l'union .

Ce système de gouvernance comprend les fonctions clés suivantes : la fonction de gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction d'audit interne et la fonction actuarielle.

Les institutions de prévoyance et unions élaborent des politiques écrites relatives, au moins, à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et, le cas échéant, à l'externalisation mentionnée au 13° de l'article L. 310-3 du code des assurances. Elles veillent à la mise en œuvre de ces politiques.

Elles prennent des dispositions permettant d'assurer la continuité et la régularité dans l'exercice de leurs activités, ce qui inclut l'élaboration de plans d'urgence. Elles mettent en œuvre, à cette fin, des dispositifs, des ressources et des procédures appropriés et proportionnés.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.

Article L931-7-1

La direction effective des institutions de prévoyance ou unions mentionnées à l'article L. 931-6 est assurée par au moins deux personnes qui doivent satisfaire aux conditions prévues à l'article L. 931-7-2.

Ces institutions de prévoyance ou unions désignent en leur sein ou, le cas échéant, au sein du groupe au sens de l'article L. 356-1 du code des assurances, la personne responsable de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L. 931-7. Placés sous l'autorité du directeur général, ces responsables exercent leurs fonctions dans les conditions définies par l'institution de prévoyance ou l'union.

Le directeur général soumet à l'approbation du conseil d'administration des procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables de ces fonctions peuvent informer, directement et de leur propre initiative, le conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la

présence du directeur général si les membres du conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé émanant de ce conseil.

La nomination et le renouvellement des personnes mentionnées aux deux premiers alinéas sont notifiés à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution conformément à l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.

Article L931-7-2

I.-Nul ne peut administrer ou diriger une institution de prévoyance, une union, un groupement assurantiel de protection sociale ou une société de groupe assurantiel de protection sociale, et pour les institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-6 et les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale ni être responsable d'une des fonctions clés mentionnées à l'article L. 931-7 :

1° S'il a fait l'objet depuis moins de dix ans d'une condamnation définitive pour crime ;

2° S'il a fait l'objet depuis moins de dix ans d'une condamnation définitive à une peine d'emprisonnement ferme ou d'au moins six mois avec sursis pour :

a) L'une des infractions prévues au titre Ier du livre III du code pénal et pour les délits prévus par des lois spéciales et punis des peines prévues pour l'escroquerie et l'abus de confiance ;

b) Recel ou l'une des infractions assimilées au recel ou voisines de celui-ci prévues à la section 2 du chapitre Ier du titre II du livre III du code pénal ;

c) Blanchiment ;

d) Corruption active ou passive, trafic d'influence, soustraction et détournement de biens ;

e) Faux, falsification de titres ou autres valeurs fiduciaires émises par l'autorité publique, falsification des marques de l'autorité ;

f) Participation à une association de malfaiteurs ;

g) Trafic de stupéfiants ;

h) Proxénétisme ou l'une des infractions prévues par les sections 2 et 2 bis du chapitre V du titre II du livre II du code pénal ;

i) L'une des infractions prévues à la section 3 du même chapitre ;

j) L'une des infractions à la législation sur les sociétés commerciales prévues au titre IV du livre II du code de commerce ;

k) Banqueroute ;

l) Pratique de prêt usuraire ;

m) L'une des infractions à la législation sur les jeux de hasard, casinos et loteries, prévues par les dispositions des articles L. 324-1 à L. 324-10 du code de la sécurité intérieure ;

- n) Infraction à la législation et à la réglementation des relations financières avec l'étranger ;
 - o) Fraude fiscale ;
 - p) L'une des infractions prévues aux articles L. 121-6, L. 121-28, L. 122-8 à L. 122-10, L. 213-1 à L. 213-5, L. 217-1 à L. 217-3, L. 217-6 et L. 217-10 du code de la consommation ;
 - q) L'une des infractions prévues au code monétaire et financier ;
 - r) L'une des infractions prévues aux articles L. 8221-1, L. 8221-3, L. 8221-5 et L. 8224-1 du code du travail ;
 - s) Les atteintes aux systèmes de traitement automatisé prévues par le chapitre III du titre II du livre III du code pénal ;
 - t) L'une des infractions à la législation ou à la réglementation relative aux institutions de prévoyance régies par le titre 3 du livre 9 du code de la sécurité sociale, aux entreprises régies par le code des assurances et aux mutuelles, unions et fédérations régies par le code de la mutualité ;
- 3° S'il a fait l'objet depuis moins de dix ans d'une condamnation définitive à la destitution des fonctions d'officier public ou ministériel.

II.-L'incapacité prévue au premier alinéa du I s'applique à toute personne à l'égard de laquelle a été prononcée une mesure définitive de faillite personnelle ou une autre mesure définitive d'interdiction dans les conditions prévues par le livre VI du code de commerce.

III.-Sans préjudice des dispositions du deuxième alinéa de l'article 132-21 du code pénal, la juridiction prononçant la décision qui entraîne cette incapacité peut en réduire la durée.

IV.-Les personnes exerçant une fonction, une activité ou une profession mentionnée au premier alinéa du I, qui font l'objet de l'une des condamnations prévues au I et au II doivent cesser leur activité dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle la décision de justice est devenue définitive. Ce délai peut être réduit ou supprimé par la juridiction qui a rendu cette décision.

V.-En cas de condamnation prononcée par une juridiction étrangère et passée en force de chose jugée pour une infraction constituant, selon la loi française, un crime ou l'un des délits mentionnés au I, le tribunal correctionnel du domicile du condamné déclare, à la requête du ministère public, après constatation de la régularité et de la légalité de la condamnation et l'intéressé ayant été dûment appelé en chambre du conseil, qu'il y a lieu à l'application de l'incapacité prévue au premier alinéa du I.

Cette incapacité s'applique également à toute personne non réhabilitée ayant fait l'objet d'une faillite personnelle prononcée par une juridiction étrangère quand le jugement déclaratif a été déclaré exécutoire en France. La demande d'exequatur peut être, à cette fin seulement, formée par le ministère public devant le tribunal de grande instance du domicile du condamné.

VI.-Le fait, pour une personne, de ne pas faire l'objet de l'incapacité prévue au présent article ne préjuge pas de l'appréciation, par l'autorité compétente, du respect des conditions nécessaires à l'agrément ou à l'autorisation d'exercice.

VII.-Les personnes appelées à diriger une institution de prévoyance, une union ou une société de groupe assurantiel de protection sociale, ou à y exercer une des fonctions clés mentionnées à l'article L. 931-7, doivent posséder l'honorabilité, la compétence ainsi que l'expérience nécessaires à leurs fonctions.

Les membres du conseil d'administration des personnes mentionnées au 5° du B du I de l'article L. 612-2 du code monétaire et financier disposent de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience requises.

Pour apprécier la compétence des intéressés, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tient compte de leur formation et de leur expérience de façon proportionnée à leurs attributions, notamment de l'expérience acquise en tant que président d'un conseil ou d'un comité. L'autorité tient compte également, dans l'appréciation portée sur chaque personne, de la compétence, de l'expérience et des attributions des autres membres de l'organe auquel elle appartient. Lorsque des mandats ont été antérieurement exercés, la compétence est présumée à raison de l'expérience acquise. Pour les nouveaux membres, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tient compte des formations dont ils pourront bénéficier tout au long de leur mandat.

VIII.-Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution est amenée à se prononcer sur l'honorabilité, la compétence et l'expérience de personnes qui dirigent effectivement une institution de prévoyance, une union ou une société de groupe assurantiel de protection sociale ou qui sont responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L. 931-7 et, lorsque ces personnes, exercent de telles fonctions auprès d'une autre entité du même groupe au sens défini à l'article L. 356-1 du code des assurances, elle consulte les autorités compétentes de cette autre entité. Elle communique à ces autorités les informations utiles à l'exercice de leurs missions.

Article L931-7-3

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles sont applicables aux institutions ou unions les dispositions de la sous-section 1 de la section 2 et de la section 3 du chapitre V du titre II du livre II du code de commerce. Ce décret prend en compte le caractère paritaire et non lucratif des institutions de prévoyance.

Article L931-7-4

L'administration centrale des institutions de prévoyance doit être située sur le même territoire national que leur siège statutaire.

Article L931-7-5

Les institutions de prévoyance, unions, groupements assurantiel de protection sociale, ou les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale qui font partie d'un ensemble, au sens de l'article L. 931-34 du présent code, ne sont pas tenues de publier les informations mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 225-102-1 du code de commerce lorsque celles-ci sont publiées dans le rapport de gestion de l'ensemble de manière détaillée et individualisée par institution ou union ou groupement paritaire et que ces institutions, unions ou groupements paritaires indiquent comment y accéder dans leur propre rapport de gestion.

Article L931-7-6

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de la présente sous-section.

Sous-section 3 : Régime prudentiel et financier

Article L931-9

Les dispositions du titre III du livre III du code des assurances sont applicables aux institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-6-1.

Les dispositions du titre V du livre III et de l'article L. 310-12-4 du code des assurances sont applicables aux institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-6, à l'exception de l'article L. 354-1 du code des assurances.

Les articles L. 310-2-1, L. 310-12-3 et L. 310-12-5 du code des assurances sont applicables aux institutions de prévoyance et unions mentionnées aux deux précédents alinéas.

Pour l'application des dispositions des alinéas précédents :

1° Il y a lieu d'entendre :

- a) " Institutions ou unions exerçant une activité directe d'assurance ou une activité de réassurance ", là où est mentionné : " entreprises d'assurance et de réassurance " ;
- b) " Institution ou union agréée dans les conditions du L. 931-4 du code de la sécurité sociale ", là où est mentionné : " entreprise mentionnée à l'article L. 310-1 du code des assurances " ;
- c) " Institutions ou unions au sens du II du L. 931-1-1 du code de la sécurité sociale ", là où est mentionné : " entreprises mentionnées au 1° du III de l'article L. 310-1-1 du code des assurances " ;
- d) " Participants " là où est mentionné : " assurés " ;
- e) " Des participants et des ayants droits " là où est mentionné : " assurés " ;

2° La référence à l'article L. 143-1 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 932-40 du code de la sécurité sociale, l'article L. 310-14 du code des assurance est remplacée par la référence à l'article L. 932-48 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 324-1 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 931-16 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 324-1-2 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 931-16-1 du code de la sécurité sociale.

Article L931-10

Les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article 24 de la loi n° 78-741 du 13 juillet 1978 relative à l'orientation de l'épargne vers le financement des entreprises peuvent consentir aux institutions de prévoyance des prêts participatifs dans les conditions fixées par le titre IV de ladite loi.

Article L931-11

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, les institutions de prévoyance sont subrogées jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions du participant, du bénéficiaire ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article L931-12

Les institutions de prévoyance peuvent émettre des titres participatifs dans les conditions prévues par les articles L. 228-36 et L. 228-37 du code de commerce.

Pour l'application de ces dispositions, les mots : "assemblée d'actionnaires ou de porteurs de parts" désignent l'"assemblée générale des membres adhérents et participants" ou, pour les institutions ne disposant pas d'une assemblée générale, le "conseil d'administration", et le mot "actionnaires" désigne les "membres adhérents et participants".

En ce qui concerne leur rémunération, la partie variable de ces titres participatifs ne peut être calculée par référence à un critère représentatif du volume d'activité de l'institution émettrice.

Article L931-13

Les institutions de prévoyance, leurs unions et les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale sont soumises au contrôle d'un ou de plusieurs commissaires aux comptes.

Elles nomment au moins un commissaire aux comptes et un suppléant, choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du code de commerce sur les sociétés commerciales, qui exercent leurs fonctions dans les conditions prévues par cette loi, sous réserve des adaptations rendues nécessaires par le statut juridique des institutions et qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les dispositions de l'article L. 820-7 du code de commerce sont applicables.

Les dispositions des articles L. 822-9 à L. 822-18 ainsi que celles des articles de la section 2 du chapitre III du titre II du livre VIII du code de commerce sont applicables aux commissaires aux comptes contrôlant les institutions de prévoyance, leurs unions et les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale sous réserve des dispositions du présent code et dans les conditions d'exercice définies par voie réglementaire au code de commerce.

Article L931-14

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 823-19 du code de commerce, le comité spécialisé mentionné à cet article peut comprendre deux membres au plus qui ne font pas partie du conseil d'administration mais qui sont désignés par lui à raison de leurs compétences.

Article L931-14-1

Sont exemptées des obligations mentionnées à l'article L. 823-19 du code de commerce :

1° Les personnes et entités contrôlées au sens de l'article L. 233-16 du même code lorsque la personne ou l'entité qui les contrôle s'est volontairement dotée d'un comité spécialisé au sens et selon les modalités de l'article L. 823-19 dudit code ;

2° Les personnes et entités liées à un organisme de référence au sens du 1° de l'article L. 933-2 du présent code lorsque l'organisme de référence est lui-même soumis à ces obligations ou s'est volontairement doté d'un comité spécialisé au sens et selon les modalités de l'article L. 823-19 du code de commerce.

Article L931-14-2

Au sein des institutions de prévoyance régies par le présent titre, à l'exception de celles mentionnées à l'article L. 931-14-1, le comité mentionné à l'article L. 823-19 du code de commerce assure également le suivi de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques.

Toutefois, sur décision du conseil d'administration, cette mission peut être confiée à un comité distinct, régi par les deuxième et dernier alinéas du même article L. 823-19.

Article L931-14-3

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application de la présente sous-section.

Section 3 bis : Certificats paritaires

Article L931-15-1

I.-En vue de l'alimentation de leur fonds d'établissement, les institutions de prévoyance, leurs unions ou les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale peuvent émettre des certificats paritaires auprès :

1° De leurs membres participants ou adhérents ;

2° Des membres participants ou adhérents, des assurés des organismes appartenant au même groupe d'assurance défini au 5° de l'article L. 356-1 du code des assurances, ainsi qu'auprès desdits organismes ;

3° D'institutions de prévoyance ou de leurs unions, de sociétés de groupe assurantiel de protection sociale, de mutuelles et unions régies par le livre II du code de la mutualité, d'unions mentionnées à l'article L. 111-4-2 du même code, de sociétés d'assurance mutuelles régies par le code des assurances et de sociétés de groupe d'assurance mutuelles mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 322-1-3 du code des assurances.

II.-Lors de l'émission de certificats paritaires, les institutions de prévoyance ou leurs unions respectent les conditions et les modalités prévues à l'article L. 931-12 du présent code.

Toutes les informations, y compris les communications à caractère publicitaire, relatives à des certificats paritaires présentent un contenu exact, clair et non trompeur. Les communications à caractère publicitaire sont clairement identifiées comme telles.

Les personnes mentionnées au I du présent article reçoivent, préalablement à la souscription, les informations leur permettant raisonnablement de comprendre la nature des certificats paritaires proposés ainsi que les risques et inconvénients y afférents, afin d'être en mesure de prendre leurs décisions d'investissement en connaissance de cause.

Lorsque les certificats paritaires sont placés auprès de personnes relevant des 1° ou 2° du I, les institutions de prévoyance, leurs unions et les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale précisent les

exigences et les besoins exprimés par ces personnes ainsi que les raisons qui motivent le conseil fourni quant à l'investissement proposé. Ces précisions, qui reposent en particulier sur les éléments d'information communiqués par ces personnes sur leur situation financière et leurs objectifs de souscription, sont adaptées aux spécificités des certificats paritaires. Pour l'application de ces obligations, les institutions de prévoyance, leurs unions et les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale s'enquêtent des connaissances et de l'expérience en matière financière de ces personnes. Lorsque ces dernières ne communiquent pas l'ensemble des éléments d'information susmentionnés, les institutions de prévoyance, leurs unions et les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale les mettent en garde préalablement à la souscription.

III.-Les certificats paritaires sont inscrits sous forme nominative dans un registre tenu par l'émetteur et dans un compte-titres tenu soit par l'émetteur, soit par l'un des intermédiaires mentionnés aux 2° à 7° de l'article L. 542-1 du code monétaire et financier.

Le compte-titres est ouvert au nom d'un ou de plusieurs titulaires, propriétaires des certificats paritaires qui y sont inscrits.

IV.-La rémunération des certificats paritaires est variable et fixée annuellement par l'assemblée générale lors de l'approbation des comptes.

La part maximale des résultats du dernier exercice clos et des précédents exercices susceptible d'être affectée annuellement à la rémunération des certificats mutualistes est fixée par décret en Conseil d'Etat.

Article L931-15-2

I.-Les certificats paritaires ne sont remboursables qu'en cas de liquidation de l'émetteur et après désintéressement complet de tous les créanciers privilégiés, chirographaires et subordonnés. Le remboursement est effectué à la valeur nominale du certificat, réduite, le cas échéant, à due concurrence de l'imputation des pertes sur le fonds d'établissement. Les statuts peuvent prévoir, préalablement à cette réduction, l'imputation des pertes sur les réserves.

II.-Les certificats paritaires ne peuvent être cédés que dans les conditions décrites au III du présent article et ne peuvent faire l'objet ni d'un prêt ni d'opérations de mise en pension.

III.-L'assemblée générale peut autoriser le conseil d'administration à racheter à leur valeur nominale des certificats paritaires émis par l'institution, la société de groupe assurantiel de protection sociale ou l'union, afin de les offrir à l'achat, dans un délai de deux ans à compter de leur rachat, aux personnes mentionnées au I de l'article L. 931-15-1, dans les conditions et selon les modalités suivantes :

1° Le montant de certificats paritaires détenus par l'émetteur ne peut excéder 10 % du montant total émis, sauf dérogation accordée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;

2° Lorsque l'assemblée générale les autorise, les rachats de certificats paritaires sont effectués selon l'ordre d'arrivée des demandes des titulaires de certificats paritaires. Les demandes formulées dans les cas suivants sont toutefois prioritaires :

a) Liquidation du titulaire ;

b) Demande d'un ayant droit en cas de décès du titulaire ;

c) Cas prévus au troisième à septième alinéa de l'article L. 132-23 du code des assurances. Pour l'application de ces mêmes alinéas, la référence à l'assuré est remplacée par la référence au titulaire du certificat paritaire ;

d) Perte par le titulaire du certificat de sa qualité de membre participant ou de membre adhérent de l'émetteur, ou de membre participant, de membre honoraire ou assuré des organismes appartenant au même groupe d'assurance défini à l'article L. 356-1 du code des assurances ;

3° L'assemblée générale arrête un programme annuel de rachats, qui fait l'objet d'une résolution spéciale dont la teneur est préalablement soumise à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Le programme définit la politique de l'institution, de la société de groupe assurantiel de protection sociale ou de l'union en matière de rachat, les modalités des opérations de rachat et le nombre maximal de certificats paritaires pouvant être rachetés et précise l'impact des rachats sur la solvabilité de l'institution, de la société de groupe assurantiel de protection sociale ou de l'union ;

4° A défaut d'avoir été cédés dans les deux ans à compter de leur rachat, les certificats paritaires sont annulés. L'annulation est compensée par une reprise d'un montant équivalent sur le fonds d'établissement. Cette reprise est constatée par le conseil d'administration, qui procède à la modification du montant du fonds d'établissement mentionné dans les statuts. Cette modification est mentionnée dans le rapport annuel présenté à l'assemblée générale ;

5° Les commissaires aux comptes présentent à l'assemblée générale d'approbation des comptes un rapport spécial sur les conditions dans lesquelles les certificats paritaires ont été rachetés et utilisés au cours du dernier exercice clos ;

6° Les certificats paritaires détenus par l'émetteur ne donnent pas droit à rémunération ;

7° Une nouvelle émission de certificats paritaires ne peut être autorisée que si l'émetteur place de manière prioritaire les certificats paritaires qu'il détient en propre ;

8° Le conseil d'administration peut déléguer au directeur général les pouvoirs nécessaires pour réaliser les opérations de rachat. Le directeur général rend compte au conseil d'administration, dans les conditions prévues par ce dernier, de l'utilisation faite de ce pouvoir.

Section 4 : Transfert de portefeuille - Fusion et scission

Article L931-16

Les institutions de prévoyance ou unions et leurs succursales peuvent, dans les conditions définies au présent article, transférer tout ou partie de leur portefeuille de bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats couvrant des risques ou des engagements situés sur le territoire d'un Etat membre de l'Union européenne avec ses droits et obligations à une ou plusieurs des institutions de prévoyance ou unions ou de leurs succursales, à une ou plusieurs des entreprises d'assurance françaises ou de leurs succursales régies par le code des assurances, à une ou plusieurs des mutuelles ou unions ou de leurs succursales régies par le livre II du code de la mutualité, à une ou plusieurs des entreprises d'assurance dont l'Etat d'origine est membre de l'Union européenne ou de leurs succursales établies sur le territoire de celles-ci ou à une ou plusieurs entreprises d'assurance établies dans l'Etat du risque ou de l'engagement et agréés dans cet Etat.

La demande de transfert est portée à la connaissance des créanciers par un avis publié au Journal officiel de la République française, qui leur impartit un délai de deux mois pour présenter leurs observations. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution approuve le transfert s'il lui apparaît que le transfert ne préjudicie pas aux intérêts des créanciers, des adhérents, des participants et des bénéficiaires.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution n'approuve le transfert que si l'entreprise cessionnaire dispose, compte tenu du transfert, de la marge de solvabilité nécessaire. Pour les organismes mentionnés

à l'article L. 310-3-2 du code des assurances, à l'article L. 211-11 du code de la mutualité et à l'article L. 931-6-1 du code de la sécurité sociale ou, pour les organismes mentionnés à l'article L. 310-3-1 du code des assurances, à l'article L. 211-10 du code de la mutualité et à l'article L. 931-6 du code de la sécurité sociale, les fonds propres éligibles nécessaires pour couvrir le capital de solvabilité requis mentionné à l'article L. 352-1 du code des assurances. Toutefois, lorsque l'Etat d'origine de l'entreprise cessionnaire est partie à l'accord sur l'Espace économique européen, cette approbation est prise après avis des autorités de contrôle de cet Etat.

Lorsque le cédant est une succursale située dans un autre Etat membre de l'Union européenne, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution recueille préalablement l'accord de l'autorité de contrôle de l'Etat où est située la succursale.

Lorsque les risques ou les engagements transférés sont situés dans un autre Etat membre de l'Union européenne, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution recueille préalablement l'accord des autorités de contrôle de l'Etat du risque ou de l'engagement.

Le silence gardé par cette autorité de contrôle à l'expiration d'un délai de trois mois suivant la réception des demandes de consultation précitées vaut, pour l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, accord tacite.

Pour les transferts concernant des opérations relevant de l'assurance vie ou de capitalisation, cette approbation est, en outre, fondée sur les données relatives à la quote-part prévues à l'article L. 931-32.

L'approbation rend le transfert opposable aux adhérents, participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats ainsi qu'aux créanciers. Le transfert est opposable à partir de la date de publication de l'approbation mentionnée au deuxième alinéa du présent article. Les entreprises adhérentes et les participants affiliés à titre individuel ont la faculté de résilier l'adhésion ou le contrat dans le délai d'un mois suivant la date de cette publication. Toutefois, cette faculté de résiliation n'est pas offerte aux adhérents lorsque l'adhésion est obligatoire et résulte d'une convention de branche ou d'un accord professionnel ou interprofessionnel.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article ainsi que les modalités particulières de transfert des actifs relatifs à des opérations dépendant de la durée de la vie humaine et de calcul de participation aux excédents afférents à ces actifs.

Article L931-16-1

Les institutions et leurs unions mentionnées au II de l'article L. 931-1-1 ainsi que leurs succursales sont autorisées, dans les conditions définies à l'article L. 324-1-2 du code des assurances, à transférer tout ou partie de leur portefeuille de contrats ou de sinistres à payer à une ou plusieurs institutions de prévoyance régies par le présent code, à une ou plusieurs mutuelles ou unions régies par le livre II du code de la mutualité et à une ou plusieurs entreprises de réassurance ou d'assurance ayant leur siège social en France ou dans un autre Etat membre de l'Union européenne, ou à leurs succursales établies sur le territoire de l'Union européenne .

Section 5 : Redressement, sauvegarde, dissolution et liquidation

Article L931-18

Par dérogation aux articles L. 631-4 et L. 631-5 du code de commerce, une procédure de redressement judiciaire ne peut être ouverte à l'égard d'une institution de prévoyance ou union d'institutions de prévoyance mentionnée à l'article L. 931-4 qu'à la requête de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Le tribunal peut également se saisir d'office, ou être saisi par le procureur de la République, d'une demande d'ouverture de cette procédure après avis conforme de l'Autorité. Les dispositions de l'article L. 326-9 du code des assurances sont applicables à la procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire.

Le président ne peut être saisi d'une demande d'ouverture d'une procédure de conciliation instituée par l'article L. 611-4 du code de commerce ou d'une procédure de sauvegarde visée à l'article L. 620-1 du même code, à l'égard d'une institution régie par le présent livre, qu'après avis conforme de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution informe sans délai les autorités compétentes des autres Etats membres de l'Union européenne lorsqu'une procédure de liquidation judiciaire est ouverte à l'égard d'une institution de prévoyance ou d'une union.

Lorsqu'une procédure de liquidation judiciaire est ouverte à l'encontre d'une institution de prévoyance ou d'une union, l'agrément de cette institution de prévoyance ou union est retiré selon les modalités de l'article L. 325-1 du code des assurances. Dans ce cas, les dispositions des articles L. 326-4, L. 326-9 et L. 326-14 du code des assurances sont applicables. L'institution de prévoyance ou l'union reste soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution jusqu'à ce que l'ensemble des engagements résultant des contrats souscrits par la mutuelle ou l'union ait été intégralement et définitivement réglé aux membres participants et aux tiers bénéficiaires ou ait fait l'objet d'un transfert autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 931-16.

Le liquidateur peut, avec l'accord de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, poursuivre certaines activités de l'institution de prévoyance ou de l'union concernée dans la mesure où cela est nécessaire et approprié pour les besoins de la liquidation.

Article L931-18-1

Les procédures de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires instituées par les titres II, III et IV du livre VI du code de commerce ne peuvent être ouvertes à l'égard d'une institution de prévoyance ou d'unions d'institutions de prévoyance mentionnées à l'article L. 931-4-1 du présent code qu'après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Le président du tribunal ne peut être saisi d'une demande d'ouverture de la procédure de conciliation instituée par le chapitre Ier du titre Ier du livre VI du code de commerce à l'égard d'une institution ou d'une union mentionnée à l'article L. 931-4-1 du présent code qu'après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles sont donnés les avis prévus aux premier et deuxième alinéas du présent article.

Article L931-18-2

Les chapitres III et VI du titre II du livre III du code des assurances sont applicables aux institutions de prévoyance et aux unions.

Pour l'application des dispositions de ces chapitres, il y a lieu d'entendre : " institutions de prévoyance " ou " union " là où est mentionné : " assureurs " et " entreprises d'assurance ", " participant " là où est mentionné : " assuré ", " cotisations " là où est mentionné : " primes ", " contrat " là où est mentionné : " police " et " bulletin d'adhésion à un règlement ou contrat " là où est mentionné : " contrat ", " fonds paritaire de garantie

institué par la section 12 du présent chapitre " là où est mentionné : " fonds de garantie mentionné à l'article L. 423-1 ".

Pour l'application des mêmes dispositions, la référence à l'article L. 132-5-1 du code des assurances est remplacée par la référence à l'article L. 932-15 du code de la sécurité sociale.

Article L931-18-3

En cas de dissolution d'une institution de prévoyance non motivée par un retrait d'agrément, l'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'assemblée générale ou, lorsque l'institution ne dispose pas d'une assemblée générale, par décision du conseil d'administration, soit à des institutions régies par le présent livre, soit à des associations reconnues d'utilité publique

Section 8 : Privilèges

Article L931-22

L'actif mobilier des institutions de prévoyance est affecté par un privilège général au remboursement par préférence des cotisations payées par les personnes ayant exercé leur droit à renonciation en application de l'article L. 932-15 et au règlement des engagements qu'elles prennent envers leurs membres participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats. Ce privilège prend rang après le 6° de l'article 2331 du code civil.

Il en est de même de l'actif immobilier. Ce privilège prend rang après le 2° de l'article 2375 du code civil.

Article L931-23

Lorsque les actifs d'une institution de prévoyance sont insuffisants pour assurer la représentation de ses engagements réglementés, ou lorsque la situation financière de cette institution est telle que les intérêts des participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion à des règlements ou de contrats sont susceptibles d'être compromis à brefs délais, les immeubles faisant partie du patrimoine de l'institution peuvent être grevés d'une hypothèque inscrite à la requête de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Lorsque l'institution fait l'objet d'un retrait d'agrément, cette hypothèque est prise de plein droit à la date du retrait d'agrément.

Article L931-24

Pour les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1 réalisées directement par les institutions de prévoyance, la créance garantie par le privilège ou l'hypothèque légale est arrêtée au montant des cotisations à rembourser par préférence en cas de renonciation au bulletin d'adhésion ou au contrat et de la provision correspondante telle qu'elle est définie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Pour les opérations mentionnées au b et au c de l'article L. 931-1 réalisées directement par ces mêmes institutions, la créance garantie est arrêtée au montant des indemnités dues à la suite de la réalisation de risques et au montant des portions de cotisations payées d'avance ou provisions de cotisations correspondant à la période pour laquelle le risque n'a pas couru, les créances d'indemnités étant payées par préférence. Pour les indemnités payées sous forme de rentes, elle est arrêtée au montant de la provision mathématique.

Pour les opérations de réassurance de toute nature, la créance est arrêtée au montant des provisions correspondantes telles qu'elles sont définies par un décret en Conseil d'Etat.

Section 9 : Sanctions

Article L931-25

La méconnaissance des incapacités prévues à l'article L. 931-7-2 est punie d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende de 75 000 euros.

La méconnaissance, par tout président ou dirigeant d'une institution de prévoyance ou d'une union, de l'une des dispositions des articles L. 932-49 à L. 932-51 est punie de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.

Article L931-26

Quiconque a été condamné en application de l'article L. 931-25 ne peut être employé à quelque titre que ce soit dans l'institution de prévoyance dans laquelle il exerçait des fonctions de direction, de gestion, ou dont il était membre du conseil d'administration ou dont il avait la signature, ni dans les filiales de cette institution qui sont régies par le code des assurances.

Les personnes qui méconnaissent l'interdiction prévue à l'alinéa précédent ainsi que leur employeur sont punis des peines prévues à l'article L. 931-25.

Article L931-27

Les dispositions de l'article L. 242-2 , des 2°, 3° et 4° de l'article L. 242-6 , des articles L. 242-8, L. 242-25 et L. 242-28 du code de commerce sont applicables aux dirigeants des institutions de prévoyance.

Article L931-28

Les articles L. 626-2, L. 626-3, L. 626-4, L. 626-5, L. 626-7, L. 626-12, L. 626-16, L. 626-17, L. 626-18, L. 626-19 du code de commerce sont applicables à toute personne ayant directement ou indirectement le pouvoir d'engager une institution de prévoyance, même lorsque cette dernière ne relève pas de plein droit de ces dispositions.

Article L931-29

Toute infraction aux prescriptions de l'article L. 931-4 est punie d'une amende de 4 500 euros. Le jugement est publié aux frais des condamnés ou des institutions de prévoyance ou personnes morales civilement responsables.

Section 11 : Comptes et états statistiques

Article L931-32

A la clôture de chaque exercice, les institutions de prévoyance et leurs unions incluent dans leur rapport de gestion la valeur des placements. Elles y incluent également la quote-part de ces placements correspondant aux engagements pris envers leurs participants, telle qu'elle serait constatée en cas de transfert de portefeuille. Les règles de calcul de cette quote-part sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Les dispositions du présent article ne s'appliquent qu'aux opérations mentionnées au a) de l'article L. 931-1.

Article L931-33

Les institutions de prévoyance, leurs unions, les groupements assurantiels de protection sociale et les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale sont soumis, dans des conditions fixées par voie réglementaire, à l'obligation d'établir des comptes annuels selon les prescriptions comptables définies par l'Autorité des normes comptables. Cette obligation s'applique à toutes leurs opérations réalisées à partir de leur siège ou de leurs succursales à l'étranger.

Article L931-33-1

Les institutions de prévoyance, leurs unions, les groupements assurantiels de protection sociale et les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale, sont soumises aux obligations comptables figurant aux articles L. 123-12 à L. 123-22 du code de commerce.

Article L931-33-2

L'article L. 341-4 du code des assurances s'applique aux institutions de prévoyance ou à leurs unions et aux entités mentionnées à l'article L. 931-34.

Article L931-33-3

Les institutions de prévoyance, leurs unions, les groupements assurantiels de protection sociale et les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale sont tenus de publier ou mettre à disposition, selon des modalités précisées par décret en Conseil d'Etat, leurs comptes annuels, le rapport de gestion, le rapport des commissaires aux comptes sur les comptes annuels, ainsi que, le cas échéant, les comptes consolidés ou combinés, le rapport sur la gestion du groupe, le rapport des commissaires aux comptes sur les comptes consolidés ou combinés.

Lorsqu'une institution de prévoyance, une union, un groupement assurantiel de protection sociale ou une société de groupe assurantiel de protection sociale refuse de communiquer tout ou partie des documents demandés au titre de l'alinéa précédent, le président du tribunal de grande instance statuant en référé peut, à la demande de la personne concernée, lui ordonner, sous astreinte, de lui communiquer ces documents.

Article L931-34

Les institutions de prévoyance, leurs unions et les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale établissent et publient des comptes consolidés ou combinés. Ces comptes sont établis selon un règlement défini par l'Autorité des normes comptables.

Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 345-2 du code des assurances s'appliquent aux organismes mentionnés au précédent alinéa.

Article L931-34-1

Les comptes consolidés ou combinés mentionnés à l'article L. 931-34 sont établis suivant les règles fixées par les articles L. 233-16, L. 233-17-1, L. 233-18 à L. 233-23 et L. 233-25 à L. 233-27 du code de commerce.

Les institutions de prévoyance et leurs unions ainsi que les groupements assurantiels de protection sociale qui, sans y être tenus en application de l'article L. 931-34, publient des comptes consolidés ou combinés, se conforment aux dispositions des articles L. 233-16, L. 233-18 à L. 233-23 et L. 233-25 à L. 233-27 du code de commerce et aux dispositions de la présente section. En ce cas, lorsque leurs comptes annuels sont certifiés dans les conditions prévues à l'article L. 823-9 du code de commerce, leurs comptes consolidés ou combinés le sont dans les conditions du deuxième alinéa de cet article.

Article L931-34-2

Les provisions mathématiques constituées par les institutions de prévoyance et les unions pour les opérations d'assurance vie et de capitalisation sont calculées selon les dispositions de l'article L. 343-1 du code des assurances.

Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre : " institutions de prévoyance ", " cotisations " et " bulletin d'adhésion à un règlement ou contrat " là où sont mentionnés dans le code des assurance, respectivement, les mots : " entreprises d'assurance ", " primes " et " contrat " .

Section 12 : Fonds paritaire de garantie des institutions de prévoyance

Article L931-35

Les institutions de prévoyance et leurs unions adhèrent à un fonds paritaire de garantie destiné à préserver, dans les conditions et limites définies par son règlement, les droits à prestations de leurs membres participants et des bénéficiaires de leurs opérations.

Article L931-36

Sont exclus de toute indemnisation par le fonds :

a) Les dirigeants de l'institution ou de l'union, lorsque les bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats dont ils bénéficient n'ont pas été souscrits à des conditions normales, et ses commissaires aux comptes ou actuaires agissant pour le compte de l'institution ou de l'union, ainsi que ces mêmes personnes lorsqu'elles ont les mêmes qualités dans les filiales de l'institution ou de l'union ou dans d'autres institutions ou unions, mutuelles régies par le code de la mutualité et entreprises d'assurance régies par le code des assurances avec lesquelles l'institution ou l'union établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L. 931-34 du présent code ;

b) Les tiers agissant pour le compte des membres participants et bénéficiaires de prestations mentionnés au a ;

c) Les dirigeants de l'institution ou de l'union, ainsi que tout membre adhérent ou participant, détenteurs, directement ou indirectement, d'au moins 5 % du capital d'une filiale de l'institution ou de l'union, ainsi que ces mêmes personnes lorsqu'elles ont la qualité de dirigeant d'une autre institution de prévoyance ou union, d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une société d'assurance mutuelle régie par le code des assurances ou d'une entreprise régie par le code des assurances avec lesquelles l'institution ou l'union établit des comptes consolidés ou combinés conformément à l'article L. 931-34 ;

d) Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les entreprises d'assurance régies par le code des assurances et les institutions de retraite complémentaire et les institutions de retraite supplémentaire régies respectivement par les titres II et IV du présent livre, sauf s'il s'agit d'opérations réalisées ou de contrats souscrits au profit de leurs salariés ;

e) Les membres participants des institutions de prévoyance et unions qui adhèrent à une convention ou un contrat souscrit à leur profit par l'institution auprès d'une mutuelle régie par le code de la mutualité ou d'une entreprise d'assurance régie par le code des assurances.

Sont également exclues de l'indemnisation du fonds, les opérations que les institutions de prévoyance et leurs unions acceptent en réassurance.

Les sommes versées par le fonds ne peuvent excéder, pour les règlements ou contrats relevant du V de l'article 29 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes

assurées contre certains risques et le cas échéant pour les opérations des institutions de prévoyance créées ou fusionnées en application de l'article L. 941-1 tant qu'elles mettent en oeuvre les adaptations prévues au II de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, le taux de couverture des engagements constaté à la date d'intervention du fonds.

Article L931-37

Le fonds paritaire de garantie est une personne morale de droit privé. Il est dirigé par un conseil d'administration composé en nombre égal de représentants des employeurs et de représentants des salariés, choisis, dans les conditions fixées par ses statuts, parmi les administrateurs d'institutions de prévoyance. L'article L. 931-13, d'une part, et les dispositions du I au VI de l'article L. 931-7-2 et des articles, L. 931-25 à L. 931-27 ainsi que le premier alinéa de l'article L. 612-16 du code monétaire et financier, d'autre part, sont respectivement applicables au fonds et à ses dirigeants. Les statuts du fonds déterminent la composition et les modalités de convocation et de délibération du conseil d'administration, le mode de nomination de ses membres et la durée de leur mandat et les modalités de nomination de son directeur.

Le conseil d'administration adopte les statuts et le règlement du fonds qui sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Il élit, pour une durée fixée par les statuts du fonds, un président et un vice-président choisis alternativement, l'un parmi les représentants des employeurs et l'autre parmi les représentants des salariés ; il nomme le commissaire aux comptes et son suppléant, approuve les comptes et les transmet au ministre chargé de la sécurité sociale. Les statuts déterminent la composition du conseil d'administration, le mode de délibération du conseil ainsi que la durée du mandat des administrateurs. Le fonds est géré par un directeur nommé par le conseil d'administration.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent simultanément avoir la qualité de dirigeant d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance, ni recevoir directement ou indirectement, de rétribution de celle-ci.

Le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant et le président de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou son représentant peuvent, à leur demande, être entendus par le conseil d'administration du fonds.

Préalablement à la mise en oeuvre des dispositions de l'article L. 951-2, l'Autorité de contrôle entend le président et le vice-président du fonds de garantie.

Le fonds est soumis au contrôle de l'Etat.

Article L931-38

Le règlement du fonds détermine les conditions et les modalités de ses interventions. A cet effet, il fixe :

1° Par catégorie d'opérations, par participant et bénéficiaire ou par catégories de participants et bénéficiaires, les conditions et plafonds d'indemnisation ainsi que les délais et modalités d'indemnisation des membres participants et bénéficiaires ; les plafonds d'indemnisation peuvent être définis proportionnellement ou forfaitairement ; le règlement du fonds peut prévoir, lorsque la prestation est servie sous forme de rente, l'exclusion de la prise en charge de la revalorisation future ;

2° Les règles relatives à l'information des membres participants et bénéficiaires ;

3° Le montant global des cotisations annuelles dues par les institutions et unions adhérentes ;

4° La formule de répartition des cotisations au fonds, dont l'assiette est constituée du montant des provisions techniques pondéré par les cotisations déjà versées ainsi que par les indicateurs de la situation financière de chacun des adhérents et, notamment, leur solvabilité, reflétant les risques objectifs que l'adhérent fait courir au fonds ;

5° Les modalités de versement des cotisations et les majorations applicables en cas de défaut de paiement de celles-ci.

Article L931-39

Le fonds paritaire de garantie est subrogé dans les droits des membres participants et des bénéficiaires à concurrence du montant des sommes qu'il a versées.

Il est également subrogé, dans les mêmes limites, dans les droits de l'institution ou de l'union défaillante, à concurrence des sommes exigibles en vertu de l'exécution des traités de réassurance en cours.

Le fonds peut engager toute action en responsabilité à l'encontre des dirigeants de droit ou de fait de l'institution de prévoyance ou de l'union dont la défaillance a entraîné son intervention, aux fins d'obtenir le remboursement de tout ou partie des sommes qu'il a versées. Il en informe l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L931-40

Les membres du conseil d'administration du fonds paritaire de garantie, ainsi que toute personne qui, par ses fonctions, a accès aux documents et informations détenues par le fonds, sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal. Ce secret n'est opposable ni à l'autorité judiciaire agissant dans le cadre d'une procédure pénale, ni aux juridictions civiles statuant sur un recours formé à l'encontre d'une décision du fonds, ni à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article L931-41

Le financement du fonds paritaire de garantie est assuré par une cotisation à la charge des institutions de prévoyance et unions qui en sont membres.

Le fonds de garantie peut en outre émettre des certificats d'association, nominatifs et non négociables, que souscrivent les institutions ou unions lors de leur adhésion.

Lorsque les pertes subies par le fonds de garantie ne peuvent être couvertes par des cotisations déjà appelées, les certificats d'association mentionnés à l'alinéa précédent ne peuvent plus faire l'objet d'une rémunération. Le nominal de chacun de ces certificats est alors réduit dans la proportion nécessaire pour absorber les pertes. Ces certificats d'association ne sont pas remboursables.

Le fonds paritaire de garantie peut emprunter auprès de ses membres. Il peut, à cette fin, constituer ou demander à ses membres de constituer pour son compte les garanties requises conventionnellement.

Le défaut d'adhésion au fonds ou l'absence de versement de la cotisation sont passibles des sanctions prévues à l'article L. 612-39 du code monétaire et financier.

Article L931-42

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis du fonds paritaire de garantie, fixe :

1° Les modalités de détermination du ou des taux de réduction, par règlement ou contrat ou type de règlement ou contrat, applicables aux institutions de prévoyance ou unions auxquelles il est fait application des dispositions de l'article L. 951-16 ;

2° Les caractéristiques des certificats d'association ainsi que les conditions de leur rémunération ;

3° Les conditions dans lesquelles une partie des cotisations dues au fonds peut ne pas être versée moyennant la constitution de garanties appropriées ;

4° Le montant annuel global des ressources dont doit disposer en permanence le fonds, ainsi que les modalités et délais dans lesquels il reconstitue ses réserves en cas d'intervention.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions

Chapitre 2 : Opérations des institutions de prévoyance

Section 1 : Dispositions relatives aux opérations collectives à adhésion obligatoire

Article L932-1

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux opérations collectives à adhésion obligatoire des institutions de prévoyance.

L'opération par laquelle une entreprise, dénommée l'adhérent, adhère par la signature d'un bulletin au règlement d'une institution de prévoyance ou souscrit auprès de celle-ci un contrat au profit de ses salariés ou d'une ou plusieurs catégories d'entre eux en vue d'assurer, dans le cadre des dispositions du chapitre 1er du titre 1er du présent livre, la couverture d'engagements ou de risques pour lesquels cette institution est agréée est dite opération collective à adhésion obligatoire lorsque les salariés concernés sont obligatoirement affiliés à ladite institution, dont ils deviennent membres participants.

Article L932-2

Les règlements et les bulletins d'adhésion des institutions de prévoyance ainsi que leurs contrats fixent les droits et obligations des adhérents et des participants dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les dispositions de l'article L. 913-1 sont applicables aux opérations collectives à adhésion obligatoire des institutions de prévoyance.

Article L932-3

Avant la signature du bulletin d'adhésion ou la souscription du contrat, l'institution de prévoyance remet obligatoirement à l'adhérent le règlement correspondant et la proposition de bulletin d'adhésion à celui-ci ou la proposition de contrat ainsi que leurs annexes respectives.

L'engagement réciproque de l'adhérent et de l'institution de prévoyance résulte de la signature du bulletin d'adhésion ou de celle du contrat.

Pour être applicable, toute modification du règlement doit être approuvée préalablement par l'assemblée générale de l'institution ou, si celle-ci n'en possède pas, par le conseil d'administration, et doit être constatée par un avenant au contrat ou au bulletin d'adhésion signé des parties.

Il peut être dérogé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, aux dispositions des premier et troisième alinéas ci-dessus lorsque la nature du règlement ou du contrat ou les circonstances de l'adhésion ou de la souscription le justifient.

Le même décret détermine les conditions dans lesquelles est constatée la remise des documents mentionnés aux alinéas précédents.

Article L932-4

L'adhérent doit :

1° Payer la cotisation due aux époques convenues ;

2° Répondre exactement aux questions de l'institution de prévoyance relatives au groupe qu'elle envisage de garantir, notamment lorsque celle-ci l'interroge lors de la signature du bulletin d'adhésion au règlement ou lors de la souscription du contrat sur la nature des activités de l'entreprise, l'importance du groupe ou ses caractéristiques socio-démographiques ;

3° Déclarer en cours d'adhésion ou de contrat tout nouveau salarié qui répond aux conditions définies par le règlement et le bulletin d'adhésion ou par le contrat.

Les dispositions mentionnées au 1° ci-dessus ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-5

Lorsque, avant l'adhésion ou la souscription, l'institution de prévoyance a posé des questions par écrit au participant, notamment par un formulaire de déclaration du risque ou par tout autre moyen, elle ne peut se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise.

Article L932-6

L'institution de prévoyance établit une notice qui définit les garanties souscrites par contrat ou par adhésion à un règlement et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

L'adhérent est tenu de remettre cette notice à chaque participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des participants, l'adhérent est également tenu d'informer chaque participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'institution.

La preuve de la remise de la notice au participant et de l'information relatives aux modifications contractuelles incombent à l'adhérent.

Article L932-7

Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du participant change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour cette institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque, la garantie accordée par l'institution à ce participant est nulle.

Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'institution.

Les dispositions de l'alinéa qui précède ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Lorsque l'adhésion à l'institution résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, les dispositions des deux premiers alinéas ne s'appliquent pas.

Article L932-8

Sont nulles :

1° Toutes clauses générales frappant de déchéance le participant ou le bénéficiaire en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ;

2° Toutes clauses frappant de déchéance le participant ou le bénéficiaire à raison de simple retard apporté par lui sans intention frauduleuse à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour l'institution de prévoyance de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Article L932-9

A défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour l'institution de prévoyance d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du bulletin d'adhésion, du règlement ou du contrat, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'adhérent, l'institution informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

L'institution a le droit de dénoncer l'adhésion ou de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non dénoncée ou le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque l'adhésion à l'institution résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'institution ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la dénonciation de l'adhésion de l'entreprise ou à la résiliation du contrat.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-10

La garantie subsiste en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires de l'adhérent. L'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge-commissaire ou le liquidateur, selon le cas, et l'institution de prévoyance conservent le droit de résilier l'adhésion ou le contrat pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires. La portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'institution de prévoyance ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

Article L932-11

La durée de l'adhésion au règlement d'une institution de prévoyance ou la durée du contrat est déterminée librement par les parties. Elle doit être mentionnée sur le bulletin d'adhésion ou dans le contrat, où il doit, en outre, être indiqué que la tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à une année.

Article L932-12

L'adhérent et l'institution de prévoyance peuvent dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat tous les ans selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce droit est mentionné dans chaque bulletin d'adhésion ou contrat.

Toutefois, la faculté de dénonciation ou de résiliation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque l'adhésion à l'institution résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-13

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées à la présente section sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'institution de prévoyance en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1, le bénéficiaire n'est pas le participant et, dans les opérations relatives à la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L932-13-1

Lorsqu'une institution de prévoyance assure la mutualisation de risques dans le cadre des dispositions de l'article L. 912-1, les articles L. 243-4 et L. 243-5 s'appliquent aux cotisations qu'elle reçoit des entreprises adhérentes.

Article L932-13-2

I. - Pour les opérations collectives à adhésion obligatoire couvrant le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, une ou plusieurs institutions de prévoyance et unions régies par le présent titre peuvent conclure un contrat de coassurance avec des mutuelles et unions mentionnées à l'article L. 211-1 du code de la mutualité et avec des entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances. En application de ce contrat, tout membre participant est garanti pendant une même durée et par un même contrat collectif par au moins deux organismes assureurs, chacun d'eux proportionnellement à la part, prévue au contrat de coassurance, qu'il accepte de couvrir.

II. - Les organismes coassureurs désignent parmi eux un apériteur, dont ils précisent les missions dans le contrat de coassurance. L'apériteur assure le rôle d'interlocuteur unique du souscripteur pour la négociation des conditions du contrat mentionné au I et de son renouvellement. Il peut encaisser la totalité des cotisations et verser les prestations.

Le contrat prévoit les conditions dans lesquelles est assuré le respect de la garantie des droits des membres participants en cas de modification ou de cessation de la coassurance.

Article L932-13-3

La prescription est interrompue, outre les causes ordinaires d'interruption, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit au membre adhérent par l'institution de prévoyance ou l'union en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'institution ou à l'union par le membre participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article L932-13-4

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au bulletin d'adhésion à un règlement ou au contrat ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Section 2 : Dispositions relatives aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles

Article L932-14

Les dispositions de la présente section s'appliquent aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles des institutions de prévoyance.

L'opération par laquelle une entreprise ou un groupement d'épargne retraite populaire, dénommé "l'adhérent", adhère par la signature d'un bulletin au règlement d'une institution de prévoyance ou souscrit auprès de celle-ci un contrat au profit de ses salariés ou d'une ou plusieurs catégories d'entre eux ou de ses membres en vue de leur assurer la couverture d'engagements ou de risques pour lesquels cette institution est agréée est dite "opération collective à adhésion facultative" lorsque les salariés ou les membres concernés sont libres de s'affilier à ladite institution, dont ils deviennent alors membres participants.

L'opération par laquelle le salarié ou l'ancien salarié d'un adhérent à une institution de prévoyance ou un de ses ayants droit adhère par la signature d'un bulletin à un règlement de cette institution ou souscrit un contrat auprès de celle-ci en vue de s'assurer la couverture d'engagements ou de risques pour lesquels cette institution est agréée est dite opération individuelle. Le salarié, ancien salarié et ayant droit qui adhère sur cette base à l'institution de prévoyance en devient membre participant.

Article L932-14-1

I.-Pour les opérations collectives à adhésion facultative couvrant le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, à l'exception de celles visées par arrêté des ministres chargés de l'économie, de la sécurité sociale et de la mutualité, une ou plusieurs institutions de prévoyance et unions régies par le présent titre peuvent conclure un contrat de coassurance avec des mutuelles et unions mentionnées à l'article L. 211-1 du code de la mutualité et avec des entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances. En application de ce contrat, tout membre participant est garanti pendant une même durée et par un même contrat collectif par au moins deux organismes assureurs, chacun d'eux proportionnellement à la part, prévue au contrat de coassurance, qu'il accepte de couvrir.

II.-Les organismes coassureurs désignent parmi eux un apériteur, dont ils précisent les missions dans le contrat de coassurance. L'apériteur assure le rôle d'interlocuteur unique du souscripteur pour la négociation des conditions du contrat mentionné au I et de son renouvellement. Il peut encaisser la totalité des cotisations et verser les prestations.

Le contrat prévoit les conditions dans lesquelles est assuré le respect de la garantie des droits des membres participants en cas de modification ou de cessation de la coassurance.

Lorsqu'un contrat collectif à adhésion facultative relatif au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est coassuré avec au moins une mutuelle ou union mentionnée à l'article L. 211-1 du code de la mutualité, le montant des cotisations ne peut être modulé qu'en fonction du revenu, du régime de sécurité sociale d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants. Dans ce cas, les organismes coassureurs ne peuvent en aucun cas recueillir des informations médicales auprès des assurés du contrat ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé. Ils ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les organismes coassureurs ou leurs fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du présent code.

Article L932-15

Tout participant affilié à l'institution de prévoyance ou qui a adhéré à un règlement ou souscrit un contrat auprès de celle-ci a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, un nouveau délai de trente jours court à compter de la remise au participant de la notice prévue au premier alinéa de l'article L. 932-18 lorsqu'il s'agit d'opérations collectives à adhésion facultative ou de son acceptation des modifications du bulletin d'adhésion ou du contrat lorsqu'il s'agit d'opérations individuelles.

Pour les opérations collectives facultatives comportant une valeur de rachat ou de transfert, la notice précise que les droits et obligations du participant peuvent être modifiés par des avenants aux bulletins d'adhésion ou contrats. Les modalités d'adoption de ces avenants par l'adhérent sont communiquées par ce dernier aux participants.

Pour les opérations collectives facultatives comportant une valeur de rachat ou de transfert, un encadré est inséré en début de contrat ou de bulletin, indiquant en caractères très apparents la nature de ce contrat. L'encadré comprend en particulier le regroupement des frais dans une même rubrique, les garanties offertes, la disponibilité des sommes en cas de rachat, la participation aux bénéficiaires, ainsi que les modalités de désignation du bénéficiaire. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pris après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, fixe le format de l'encadré ainsi que, de façon limitative, son contenu.

Pour les opérations individuelles comportant une valeur de rachat ou de transfert, le bulletin d'adhésion vaut notice si l'encadré mentionné à l'alinéa précédent est inséré en début de bulletin.

La renonciation entraîne la restitution par l'institution de prévoyance de l'intégralité des sommes versées par le participant ou par l'adhérent, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Toutefois, les dispositions qui précèdent ne s'appliquent ni aux bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats d'une durée maximum de deux mois ni aux opérations ayant pour objet la couverture des risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ou la couverture du risque chômage.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment le contenu des informations relatives à l'exercice par le participant de ce droit de renonciation.

Article L932-15-1

I.-1° La fourniture à distance d'opérations d'assurance individuelles à un consommateur est régie par le présent livre et par les articles L. 121-26, L. 121-26-1, L. 121-28 et L. 121-30 à L. 121-33 du code de la consommation ;

2° Pour l'application du 1°, il y a lieu d'entendre :

- a) " le membre participant qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle " là où est mentionné " le consommateur " ;
- b) " l'institution de prévoyance, l'union ou son intermédiaire en assurance " là où est mentionné " le fournisseur " ;

- c) " le montant total de la cotisation " là où est mentionné " le prix total " ;
- d) " le droit de renonciation " là où est mentionné " le droit de rétractation " ;
- e) " le II de l'article L. 932-15-1 du code de la sécurité sociale ", là où est mentionné " l'article L. 121-29 " ;
- f) " le III de l'article L. 932-15-1 du code de la sécurité sociale ", là où est mentionné " l'article L. 121-27 " ;

3° Pour l'application de l'article L. 121-28 du code de la consommation, les conditions contractuelles ou d'adhésion doivent comprendre, outre les informations prévues à l'article L. 932-15, un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation lorsque ce droit existe.

II.-1° Toute personne physique ayant conclu un contrat à distance ou ayant adhéré à un règlement à distance à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où le contrat est conclu ou l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles ou d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;

2° Toutefois, en ce qui concerne les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1, le délai précité est porté à trente jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu ou l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles ou d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a.

III.-En temps utile avant la conclusion à distance d'un contrat ou l'adhésion à distance à un règlement, le membre participant reçoit les informations suivantes :

1° La dénomination de l'institution de prévoyance ou de l'union, l'adresse de son siège social, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture ;

2° Le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci ;

3° La durée minimale du contrat ou du bulletin d'adhésion au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par ceux-ci ;

4° La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat ou de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;

5° L'existence ou l'absence d'un droit de renonciation, et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de cotisation que l'institution ou l'union peut lui

réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;

6° La loi sur laquelle l'institution ou l'union se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant ainsi que la loi applicable au contrat ou au bulletin d'adhésion au règlement et la langue que l'institution ou l'union s'engage à utiliser, avec l'accord du membre participant, pendant la durée du contrat ou du bulletin d'adhésion au règlement ;

7° Les modalités d'examen des réclamations que le membre participant peut formuler au sujet du contrat ou du bulletin d'adhésion au règlement et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre V du livre Ier du code de la consommation, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les conditions contractuelles ou conditions d'adhésion communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat ou au bulletin d'adhésion au règlement.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

IV.-L'institution de prévoyance ou l'union doit également indiquer, pour les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1, les informations mentionnées à l'article L. 932-15, notamment le montant maximal des frais qu'elle peut prélever et, lorsque les garanties de ces contrats ou bulletins d'adhésion au règlement sont exprimées en unités de compte, les caractéristiques principales de celles-ci. Dans ce dernier cas, elle doit en outre préciser qu'elle ne s'engage que sur le nombre des unités de compte et non sur leur valeur qui peut être sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse.

V.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les informations communiquées au membre participant en cas de communication par téléphonie vocale.

VI.-Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions prévues au titre V du livre IX.

Les infractions constituées par l'absence matérielle des éléments d'information prévus au III du présent article, ainsi que le refus de l'institution de prévoyance ou de l'union de rembourser le membre participant dans les conditions fixées à l'article L. 121-30 du code de la consommation peuvent également être constatées et poursuivies dans les conditions prévues aux II et IV à X de l'article L. 141-1 du même code.

Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Article L932-16

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au participant par l'institution de prévoyance dans le cadre d'une opération collective à adhésion facultative ou le bulletin d'adhésion ou le contrat signé ou souscrit par un participant dans le cadre d'une opération individuelle sont nuls en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'institution, alors même que le risque omis ou dénaturé par le participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'institution qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions de l'alinéa qui précèdent ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-17

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie ou du bulletin d'adhésion ou du contrat.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'institution de prévoyance a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'affiliation, lorsqu'il s'agit d'une opération collective à adhésion facultative, ou le bulletin d'adhésion ou le contrat, lorsqu'il s'agit d'une opération individuelle, prend fin dix jours après notification adressée au participant par lettre recommandée ; l'institution restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le participant ou précomptées en son nom par l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-18

Les dispositions de l'article L. 932-6 s'appliquent aux opérations collectives à adhésion facultative sous réserve de la faculté pour le participant de dénoncer son affiliation à l'institution de prévoyance en cas de modification apportée à ses droits et obligations dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice.

Pour les opérations individuelles, l'institution de prévoyance est substituée à l'adhérent en ce qui concerne les obligations qui pèsent sur ce dernier.

Article L932-19

Le premier alinéa de l'article L. 932-2 et les articles L. 932-5, L. 932-8 et L. 932-11 sont applicables aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles.

Sous réserve de remplacer le mot "adhérent" par le mot "participant", les articles L. 932-3, L. 932-12 et L. 932-13 sont applicables aux opérations individuelles.

Ces mêmes articles, ainsi que les articles L. 913-1 et L. 932-10, sont applicables sans modification aux opérations collectives à adhésion facultative.

Article L932-20

Les dispositions de l'article L. 932-4 sont applicables aux opérations collectives à adhésion facultative.

Pour les opérations individuelles, les dispositions du 1° et le dernier alinéa de l'article L. 932-4 s'appliquent. En outre, le participant est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'institution de prévoyance, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'institution l'interroge lors de la souscription du bulletin d'adhésion ou du contrat sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'institution les risques qu'elle prend en charge.

Article L932-21

En ce qui concerne les opérations collectives à adhésion facultative, le participant peut dénoncer tous les ans son affiliation selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce droit est mentionné dans la notice d'information.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-21-1

Pour les contrats à tacite reconduction relatifs à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'affiliation ou du contrat doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'affiliation ou au contrat, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

Article L932-22

I.-Lorsque, pour la mise en oeuvre des opérations collectives à adhésion facultative, l'adhérent assure le précompte de la cotisation sur le salaire du participant, les dispositions de l'article L. 932-9 sont applicables.

II.-Lorsque, pour la mise en oeuvre des opérations collectives à adhésion facultative, l'adhérent n'assure pas le précompte des cotisations, le participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du bulletin d'adhésion au règlement ou du contrat. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue à l'article L. 932-9 est applicable à l'adhérent qui ne paie pas sa cotisation. Dans ce cas, l'institution informe chaque participant de la mise en oeuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa de cet article et rembourse au participant la portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'institution ne couvre plus le risque.

Les dispositions qui précèdent ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

III.-En ce qui concerne les opérations individuelles, le bulletin d'adhésion à un règlement ou le contrat peuvent être résiliés par l'institution de prévoyance conformément à la procédure prévue au II du présent article si le participant ne paie pas sa cotisation.

Les dispositions qui précèdent ne sont pas applicables aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-22-1

Les articles L. 932-13-3 et L. 932-13-4 sont applicables aux opérations prévues à la présente section. Toutefois, pour les opérations collectives à adhésion facultative pour lesquelles le membre adhérent n'assure pas le précompte de la cotisation et pour les opérations individuelles, l'interruption de la prescription de l'action peut, en ce qui concerne le paiement de la cotisation, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée par l'institution de prévoyance ou par l'union au membre participant.

Section 3 : Dispositions particulières relatives aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine et aux opérations de capitalisation

Article L932-23

A l'exception des articles L. 131-2, L. 131-3, L. 132-5-1, L. 132-6, L. 132-10, L. 132-15, L. 132-17, et L. 132-19 et, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire ou facultative, de l'article L. 132-2, les dispositions du chapitre Ier, de la section 1 du chapitre II du titre III et du chapitre IV du titre IV du livre Ier du code des assurances sont applicables aux règlements et contrats des institutions de prévoyance lorsqu'elles réalisent des opérations d'assurance sur la vie et de capitalisation.

Pour l'application du présent article, les mots : " assureurs " et " entreprises d'assurance " figurant dans ces dispositions du code des assurances sont remplacés par les mots : " institutions de prévoyance " ;

le mot : " assuré " est remplacé par le mot : " participant " ;

le mot : " primes " est remplacé par le mot : " cotisations " ;

les mots : " police " et " contrat " sont remplacés par les mots : " bulletin d'adhésion à un règlement ou contrat " ;

les mots : " participations bénéficiaires " sont remplacés par les mots : " participation aux excédents " ;

les mots : " contrats d'assurance de groupe " sont remplacés par les mots : " opérations collectives à adhésion obligatoire ou facultative ". Toutefois, les dispositions de l'article L. 132-20 ne s'appliquent qu'aux bulletins d'adhésion ou contrats comportant une valeur de rachat.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 132-3, le représentant légal d'un majeur en tutelle peut, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire ne comportant pas une valeur de rachat, adhérer au nom de celui-ci à un règlement ou souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance.

L'institution de prévoyance communique chaque année aux entreprises adhérant à son règlement ou à ses contrats le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents.

Les dispositions de l'article L. 932-21-1 ne s'appliquent pas aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine qui comportent une valeur de rachat.

Article L932-23-1

Le ministre chargé de la sécurité sociale peut à la demande d'un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs mentionnés à l'article L. 132-9-2 du code des assurances homologuer par arrêté les codes de conduite que ces organismes ont élaborés en matière de commercialisation d'opérations individuelles comportant des valeurs de rachat, de contrats de capitalisation et de contrats mentionnés à l'article L. 932-15 et à l'article L. 932-24 du présent code.

Article L932-23-2

La décision définitive de confiscation d'une somme ou d'une créance figurant sur un contrat d'assurance sur la vie, prononcée par une juridiction pénale, entraîne de plein droit la résolution judiciaire du contrat et le transfert des fonds confisqués à l'Etat.

Article L932-23-3

Les institutions de prévoyance font participer, dans des conditions fixées par décret, leurs membres participants aux excédents techniques et financiers des opérations dépendant de la durée de la vie humaine qu'elles réalisent.

Section 4 : Dispositions particulières relatives à certaines opérations de retraite à caractère collectif et aux opérations des régimes professionnels relevant de l'article L. 912-1

Article L932-24

Lorsque les institutions de prévoyance réalisent des opérations ayant pour objet l'acquisition ou la jouissance de droits en cas de vie dans lesquelles un lien est établi entre la revalorisation des cotisations et celle des droits en cas de vie précédemment acquis et dont les actifs et les droits sont isolés de ceux des autres participants, elles sont tenues de mettre en oeuvre ces opérations sur la base d'un règlement particulier.

Les actifs correspondant à ces opérations sont affectés au règlement des droits acquis et en cours d'acquisition. Ils sont grevés à cet effet :

- a) Lorsqu'il s'agit d'actifs immobiliers, d'une hypothèque légale inscrite dès leur affectation au règlement de ces droits ;
- b) D'un privilège mobilier et d'un privilège immobilier qui priment les privilèges respectivement prévus au premier et au second alinéa de l'article L. 931-22.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article.

Article L932-24-1

Pour la mise en oeuvre des régimes professionnels mutualisés relevant du premier alinéa de l'article L. 912-1, il est tenu une comptabilité distincte des autres opérations de l'institution ou de l'union et établi, en fin d'exercice, un compte spécial de résultats. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les modalités d'application du présent article.

Article L932-24-2

I. # Pour les opérations à adhésion facultative, la notice remise par le souscripteur à l'adhérent lors de l'adhésion inclut, outre les informations mentionnées à l'article L. 932-6 :

- a) La dénomination sociale et les coordonnées du souscripteur ;
- b) Les stipulations essentielles de la convention ;
- c) La mention que les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants à ladite convention ainsi que les modalités d'adoption de ces avenants par le souscripteur ;
- d) Les conditions d'exercice de la faculté de renonciation ainsi qu'un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation ;
- e) Les modalités de la conversion de la convention en rentes viagères et selon les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Un arrêté du même ministre précise les informations qui doivent figurer dans cette notice, notamment au regard des stipulations essentielles de la convention.

II. # Pour les opérations à adhésion facultative, le défaut de remise de la notice prévue au I du présent article entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L. 932-15.

III. # Pour les opérations à adhésion facultative, lorsque les droits acquis par l'adhérent sont représentés par une provision mathématique théorique égale ou supérieure à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le souscripteur est tenu de communiquer, chaque année, à l'adhérent les informations suivantes :

- a) Le montant de la cotisation de l'adhésion ;
- b) Les valeurs d'acquisition de l'unité de rente ;
- c) Le montant total des droits acquis exprimés en nombre d'unité de rente ;
- d) La valeur de service de l'unité de rente à un âge déterminé et son évolution depuis l'année précédente, ainsi que les coefficients de surcote et de décote correspondant à une liquidation différée ou anticipée par rapport à l'âge de référence ;
- e) Lorsque la convention prévoit une réduction du nombre d'unités de rente en cas de cessation du paiement des primes ou cotisations, les conditions de cette réduction et le nombre d'unités de rente qui en résulte.

Il est également indiqué que les comptes de la convention sont tenus à la disposition de l'adhérent sur simple demande.

Section 5 : Loi applicable aux règlements et contrats pour les risques situés dans un ou plusieurs Etats membres de la Communauté européenne et pour les engagements qui y sont pris

Sous-section 1 : Dispositions applicables aux opérations relatives à la couverture de risques de dommages corporels liés aux accidents, à la maladie et au chômage

Article L932-25

Les dispositions de la présente sous-section s'appliquent aux opérations des institutions de prévoyance relatives à la couverture des risques visés au b et au c de l'article L. 931-1.

Article L932-26

I. - 1° Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L. 932-27, sur le territoire de la République française et que le souscripteur du bulletin d'adhésion au règlement de l'institution ou du contrat y a sa résidence principale ou son siège de direction, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre ;

2° Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L. 932-27, sur le territoire de la République française et que le souscripteur du bulletin d'adhésion au règlement de l'institution ou du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au bulletin d'adhésion au règlement ou au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du bulletin d'adhésion ou du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L. 932-27, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II. - On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus :

a) L'adhérent, s'il s'agit d'une opération collective à adhésion obligatoire ou facultative ;

b) Le participant, s'il s'agit d'une opération individuelle.

Article L932-27

Est regardé comme Etat de situation du risque :

a) L'Etat où a été souscrit le bulletin d'adhésion au règlement ou le contrat s'il s'agit d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat d'une durée inférieure ou égale à quatre mois et relatif à des risques encourus au cours d'un déplacement, quelle que soit la branche dont relèvent ces risques ;

b) Dans les autres cas, l'Etat où est situé l'établissement de l'adhérent auquel le bulletin d'adhésion ou le contrat se rapporte, s'il s'agit d'une opération collective à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative, ou bien, s'il s'agit d'une opération individuelle, l'Etat dans lequel le participant a sa résidence principale.

Article L932-28

Lorsque les parties ont à exercer le choix de la loi applicable dans l'un des cas visés par l'article L. 932-26, ce choix doit être exprès ou résulter de façon certaine des clauses du règlement et du bulletin d'adhésion ou du contrat ou des circonstances de la cause.

A défaut, le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat sont régis par la loi de celui, parmi les pays qui entrent en ligne de compte aux termes de l'article L. 932-26, avec lequel ils présentent les liens les plus étroits. Il est présumé que le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat présentent les liens les plus étroits avec l'Etat membre où le risque est situé. Si une partie du règlement et du bulletin d'adhésion ou du contrat est séparable du reste du règlement et du bulletin d'adhésion ou du contrat et présente un lien plus étroit avec un autre des pays qui entrent en ligne de compte conformément à l'article L. 932-26, il pourra être fait application à cette partie du règlement et du bulletin d'adhésion ou du contrat de la loi de cet autre pays.

Article L932-29

Les articles L. 932-26 et L. 932-28 ne peuvent faire obstacle aux dispositions d'ordre public de la loi française applicables quelle que soit la loi régissant le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat.

Toutefois, le juge peut donner effet sur le territoire de la République française aux dispositions d'ordre public de la loi de l'Etat membre où le risque est situé ou d'un Etat membre qui impose l'obligation d'assurance, si, selon le droit de ces pays, ces dispositions sont applicables quelle que soit la loi régissant le contrat.

Lorsque le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat couvrent des risques situés dans plusieurs Etats membres, le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat sont considérés, pour l'application du présent article, comme constituant plusieurs règlements et bulletins d'adhésion ou contrats dont chacun ne se rapporte qu'à un seul Etat.

Article L932-30

Sous réserve des dispositions des articles L. 932-26 à L. 932-29 et pour le surplus, les règles générales de droit international privé en matière d'obligations contractuelles sont applicables.

Sous-section 2 : Dispositions applicables aux opérations de capitalisation et à la couverture de risques liés à la personne et à la

durée de la vie humaine à l'exception de celles visées par la sous-section 1

Article L932-31

Les dispositions de la présente sous-section s'appliquent aux opérations des institutions de prévoyance visées au a de l'article L. 931-1.

Article L932-32

Lorsque l'engagement est pris, au sens de l'article L. 932-33, sur le territoire de la République française, la loi applicable au bulletin d'adhésion ou au contrat est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Toutefois, lorsque le participant souscrit lui-même le bulletin d'adhésion ou le contrat et est ressortissant d'un autre Etat membre de la Communauté européenne, les parties au bulletin d'adhésion ou au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi de l'Etat dont le participant est ressortissant.

Article L932-33

Est regardé comme Etat de l'engagement :

- a) Lorsqu'il s'agit d'une opération collective à adhésion obligatoire ou facultative, l'Etat où est situé l'établissement de l'adhérent auquel le bulletin d'adhésion ou le contrat se rapporte ;
- b) Lorsqu'il s'agit d'une opération individuelle, l'Etat où le participant a sa résidence principale.

Article L932-34

Les dispositions des deux premiers alinéas de l'article L. 932-29 et celles de l'article L. 932-30 sont applicables aux opérations régies par la présente sous-section.

Section 6 : Dispositions relatives aux opérations de réassurance

Article L932-35

Les dispositions des sections 1 à 5 du présent chapitre ne s'appliquent pas aux traités de réassurance auxquels les institutions sont parties.

Article L932-35-1

La présence d'opérations relevant de la réassurance financière limitée est explicitement mentionnée dans l'intitulé des contrats régissant ce type d'opérations.

Article L932-36

Dans tous les cas où une institution de prévoyance ou une union se réassure contre un risque qu'elle garantit ou le transfère à un véhicule de titrisation mentionné à l'article L. 310-1-2 du code des assurances, elle reste seule responsable vis-à-vis des participants et bénéficiaires.

Article L932-37

Lorsque les traités de réassurance auxquels les institutions de prévoyance sont parties comportent une clause compromissoire, celle-ci oblige les parties lorsqu'elles soumettent à l'arbitrage les litiges ou contestations qui pourraient naître relativement à ces traités.

Section 7 : Dispositions d'ordre public

Article L932-38

Les dispositions du présent chapitre ne peuvent être modifiées par contrat ou convention.

Section 8 : Accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès

Article L932-39

L'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès est garanti dans les conditions fixées aux articles L. 1141-1 à L. 1141-3, L. 1141-5 et L. 1141-6 du code de la santé publique.

Section 9 : Retraite professionnelle supplémentaire.

Article L932-40

La présente section s'applique aux opérations pratiquées par les institutions de prévoyance dans le cadre de l'agrément administratif accordé pour les activités de retraite professionnelle supplémentaire. Peuvent être proposés, dans le cadre de cet agrément, les contrats d'assurance sur la vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle et sont versées en supplément des prestations servies par les régimes de base et complémentaires légalement obligatoires. Ces contrats sont souscrits :

1° Par un employeur ou un groupe d'employeurs au profit de leurs salariés ou anciens salariés, ou par un groupement professionnel représentatif d'employeurs au profit des salariés ou anciens salariés de ceux-ci. Ils revêtent un caractère collectif déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1 ;

2° Ou par un groupement défini à l'article 41 modifié de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ou au I de l'article 55 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997, d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines.

Article L932-41

Les prestations relatives aux contrats mentionnés à l'article L. 932-40 sont payables au participant à compter de la date de liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse ou à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1. Elles peuvent prévoir des garanties complémentaires en cas de décès de l'adhérent avant ou après la cessation d'activité professionnelle, ainsi qu'en cas d'invalidité et d'incapacité.

Les droits individuels en cours de constitution relatifs aux contrats mentionnés à l'article L. 932-40 sont transférables vers un autre contrat mentionné à l'article L. 932-40, ainsi que, dans des conditions et des limites fixées par décret, vers un plan d'épargne retraite populaire défini à l'article L. 144-2 du code des assurances. Ces droits sont également transférables vers un contrat offrant les prestations mentionnées à l'article L. 932-40, mais n'ayant pas été souscrit dans le cadre de l'agrément administratif mentionné au premier alinéa de cet article. La notice d'information précise les modalités d'exercice de la clause de transférabilité. Toutefois, lorsque l'adhésion à ces contrats revêt un caractère obligatoire déterminé dans le cadre d'une des procédures mentionnées à l'article L. 911-1, les droits individuels relatifs à ces contrats ne sont transférables que lorsque le participant n'est plus tenu d'y adhérer.

Il est institué pour chaque contrat mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 932-40, ne relevant pas du b du 1 du I de l'article 163 quater viciés du code général des impôts et dont le nombre des participants est supérieur à un seuil fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la mutualité, un comité de surveillance chargé de veiller à la bonne exécution du contrat et à la représentation des intérêts des adhérents, et établi dans les six mois suivant le franchissement du seuil susmentionné, y compris suite à la décision mentionnée à l'article L. 143-8 du code des assurances. Le comité de surveillance est composé à part égale de représentants des salariés et des employeurs. Les membres du comité de surveillance sont tenus au secret professionnel à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par les personnes consultées dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal. Le comité peut entendre le ou les commissaires aux comptes mentionnés à l'article L. 932-45 sur les comptes mentionnés à cet article. Ils sont sur cette question déliés à son égard de l'obligation du secret professionnel.

Les deuxième et troisième alinéas ne s'appliquent ni aux contrats à prestations définies bénéficiant du régime prévu au 2° et au 2° 0 bis de l'article 83 du code général des impôts, ni à ceux entrant dans le champ d'application de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale. Ils ne s'appliquent pas non plus aux contrats ayant pour seul objet la prestation d'indemnités de départ en retraite mentionnée à l'article L. 122-14-13 du code du travail.

Article L932-42

L'agrément mentionné à l'article L. 932-40 est délivré dans les conditions prévues à l'article L. 931-4. Il ne peut être accordé qu'aux institutions de prévoyance agréées pour exercer les opérations dépendant de la durée de la vie humaine, y compris les opérations collectives mentionnées à l'article L. 932-24.

Cet agrément vaut également agrément pour les activités des institutions de prévoyance en tant qu'institution de retraite professionnelle dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Article L932-43

Nonobstant les dispositions du code de commerce relatives aux comptes sociaux, l'institution de prévoyance établit une comptabilité auxiliaire d'affectation pour les opérations relevant de la présente section et des opérations mentionnées à l'article L. 310-14 du code des assurances. Cette disposition peut s'appliquer individuellement à un contrat selon des conditions fixées par décret.

Les comptabilités auxiliaires d'affectation relatives à des opérations relevant du présent chapitre, mentionnées à l'article L. 932-24 et, pour les contrats relevant du b du 1 du I de l'article 163 quater viciés du code général des impôts, celles mentionnées au VII de l'article L. 144-2 du code des assurances, sont établies séparément de la comptabilité auxiliaire d'affectation mentionnée à l'alinéa précédent.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut également exiger que l'entreprise d'assurance établisse séparément de la comptabilité mentionnée au premier alinéa une comptabilité auxiliaire d'affectation pour les opérations mentionnées à l'article L. 310-14 du code des assurances.

Les actifs de chaque contrat sont conservés par un dépositaire unique distinct de l'entreprise d'assurance, qui exerce à titre principal le service mentionné au 1 de l'article L. 321-2 du code monétaire et financier, et qui peut être agréé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans autre Etat Partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Article L932-44

En cas d'insuffisance de représentation des engagements faisant l'objet de la comptabilité auxiliaire d'affectation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 932-43, de celles mentionnées au deuxième alinéa, ou de celle mentionnée au troisième alinéa de cet article, et sans préjudice de toute procédure qui pourrait être engagée dans le cadre du titre V du livre III du code des assurances, l'institution de prévoyance et le ou les souscripteurs conviennent d'un plan de redressement permettant de parfaire la représentation de ces

engagements par affectation d'actifs représentatifs de réserves ou de provisions autres que ceux représentatifs de ses engagements réglementés. Lorsque la représentation des engagements du ou des contrats le rend possible, les actifs affectés à ce ou ces contrats ou leur contre-valeur sont réaffectés aux autres opérations de l'entreprise d'assurance dans des conditions convenues entre celle-ci et le ou les souscripteurs des contrats faisant l'objet de la comptabilité auxiliaire d'affectation. En cas de désaccord entre les parties, l'autorité de contrôle instituée à l'article L. 951-1 détermine le montant et le calendrier d'affectation d'actifs par l'institution de prévoyance.

L'élaboration du plan de redressement mentionné au premier alinéa tient compte de la situation particulière de l'institution de prévoyance au titre de la comptabilité auxiliaire faisant l'objet dudit plan. Ce plan est tenu à la disposition des adhérents.

Article L932-45

La précision qu'il s'agit d'un contrat de retraite professionnelle supplémentaire relevant des dispositions de la présente section doit figurer dans la notice.

L'institution de prévoyance établit et arrête, dans les mêmes conditions que ses comptes individuels, le rapport de gestion et les comptes annuels relatifs à la ou les comptabilités auxiliaires d'affectation mentionnée à l'article L. 932-43. Le ou les commissaires aux comptes de l'institution de prévoyance certifient que ces comptes annuels sont réguliers et sincères. Ces documents sont remis à leur demande aux souscripteurs dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice précédent, et sont tenus à la disposition des participants et bénéficiaires.

Lors de la liquidation de ses droits, l'institution de prévoyance informe chaque participant ou bénéficiaire, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur le montant des prestations qui lui sont dues et sur les options de paiement correspondantes.

L'institution de prévoyance établit et révisé au moins tous les trois ans, globalement pour les opérations relevant du présent chapitre, un rapport indiquant sa politique de placement et les risques techniques et financiers y afférents. Ce rapport doit être mis à jour dans un délai de trois mois après tout changement majeur de la politique de placement. Il est remis, sur demande, au souscripteur, au participant et au bénéficiaire. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale précise les autres informations qui, sur demande ou périodiquement, doivent être remises aux adhérents.

Article L932-46

Sans préjudice des droits des titulaires de créances nées de la gestion de ces opérations, aucun créancier de l'entreprise d'assurance, autre que les participants ou bénéficiaires au titre des opérations relevant du présent chapitre, ne peut se prévaloir d'un quelconque droit sur les biens et droits résultant de l'enregistrement comptable établi en vertu du premier alinéa de l'article L. 932-43, même sur le fondement du livre VI du code de commerce, des articles 2331 et 2375 du code civil, des articles L. 310-25, L. 326-2 à L. 327-6 et L. 441-8 du code des assurances, de l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 212-23 du code de la mutualité.

Sous réserve de l'article L. 932-44, les participants ou bénéficiaires au titre des opérations relevant du présent chapitre et de l'article L. 310-14 du code des assurances ne peuvent se prévaloir d'un quelconque droit sur les biens et droits résultant des autres opérations de l'institution de prévoyance, même sur le fondement du livre VI du code de commerce, des articles 2331 et 2375 du code civil, des articles L. 310-25, L. 326-2 à L. 327-6 et L. 441-8 du code des assurances, de l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale ou de l'article L. 212-23 du code de la mutualité.

Article L932-47

L'institution peut, dans les conditions mentionnées à l'article L. 143-8 du code des assurances, soumettre à la présente section tout contrat offrant les prestations mentionnées à l'article L. 932-40, mais n'ayant pas été souscrit dans le cadre de l'agrément administratif mentionné au premier alinéa de cet article.

Article L932-48

Les institutions de prévoyance peuvent proposer des services d'institutions de retraite professionnelle sur le territoire d'un autre Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans les conditions fixées à l'article L. 310-14 du code des assurances.

Un décret en Conseil d'Etat précise les règles techniques et de garantie applicables aux opérations mentionnées à l'article L. 932-40, ainsi que les conditions d'application des articles L. 932-40 à L. 932-46, et notamment les modalités de constitution et de fonctionnement du comité de surveillance.

Section 10 : Dispositions relatives aux activités d'intermédiation en assurance et en réassurance.

Article L932-49

Lorsqu'elles y sont autorisées par leurs statuts, les institutions de prévoyance et les unions peuvent recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance. Les dispositions du livre III et du livre V du code des assurances relatives aux intermédiaires sont applicables aux intermédiaires des institutions de prévoyance et des unions.

Article L932-50

Lorsque l'intermédiaire a été désigné par une personne morale souscriptrice, l'institution de prévoyance ou l'union informe cette dernière du montant et du destinataire de la rémunération versée.

L'institution de prévoyance ou l'union ne peut déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion du contrat collectif que si ses statuts l'y autorisent. L'assemblée générale définit les principes que doivent respecter ces délégations de gestion. Le délégataire rend compte chaque année de sa gestion au conseil d'administration de l'institution de prévoyance ou de l'union.

Article L932-51

Le conseil d'administration établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 932-49 et L. 932-50.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 4 : Institutions de gestion de retraite supplémentaire.

Article L941-1

Les institutions de retraite supplémentaire régies par le présent titre dans sa rédaction en vigueur à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui à cette date ne sont pas en cours de dissolution, doivent, avant le 31 décembre 2009, soit déposer une demande en vue de leur agrément en qualité d'institution de prévoyance relevant du titre III du livre IX ou en vue de leur fusion avec une institution de prévoyance agréée, soit se transformer, sans constitution d'une nouvelle personne morale, en institutions de gestion de retraite supplémentaire régies par le présent titre.

Article L941-2

Les institutions de gestion de retraite supplémentaire mentionnées à l'article L. 941-1 ne peuvent accomplir d'opérations autres que celles relatives à la gestion administrative du ou des régimes de retraite supplémentaire ou d'indemnités de fin de carrière de leurs entreprises adhérentes.

Article L941-3

Les dispositions du I au VI de l'article L. 931-7-2, les dispositions des articles L. 931-13, L. 931-17, L. 931-20 et L. 931-25 à L. 931-28 et les dispositions du chapitre Ier du titre III du présent livre relatives à la composition et au fonctionnement du conseil d'administration et de la commission paritaire ou de l'assemblée générale s'appliquent aux institutions de gestion de retraite supplémentaire.

Article L941-4

Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités de fonctionnement des institutions de gestion de retraite supplémentaire et notamment les mentions qu'elles doivent faire figurer dans leurs statuts et documents d'information.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 5 : Contrôle des institutions

Article L951-1

Pour l'exercice du contrôle des institutions, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution exerce sa mission dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.

Article L951-2

I.-Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution estime qu'une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance n'est plus en mesure de faire face à ses engagements envers ses membres participants et bénéficiaires, elle décide de recourir au fonds paritaire de garantie après avoir consulté par écrit le président et le vice-président de celui-ci. S'il conteste la décision de l'Autorité, le président ou le vice-président du fonds peut, dans un délai de quinze jours à compter de celle-ci, saisir le ministre chargé de la sécurité sociale. Celui-ci peut alors, dans l'intérêt des membres participants et des bénéficiaires et dans un délai de quinze jours, demander à l'Autorité une nouvelle délibération après avoir recueilli l'avis écrit d'un collège arbitral dont la composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.

La décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de recourir au fonds paritaire de garantie est immédiatement notifiée à l'institution ou l'union concernée. En cas de mise en œuvre de la procédure décrite à l'alinéa précédent, seule la nouvelle délibération de l'Autorité est notifiée à l'institution ou à l'union.

II.-Dès cette notification, l'Autorité lance un appel d'offres en vue du transfert du portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats de cette institution ou union. Cet appel d'offres est communiqué au fonds paritaire de garantie.

III.-L'Autorité retient les offres qui lui paraissent le mieux préserver l'intérêt des membres participants et bénéficiaires de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats, eu égard notamment à la solvabilité des organismes candidats, institutions relevant du titre III livre IX du présent code, unions ou mutuelles régies par le code de la mutualité ou entreprises d'assurance régies par le code des assurances, et aux taux de réduction des engagements qu'ils proposent.

La décision de l'Autorité qui prononce le transfert du portefeuille des bulletins d'adhésion ou de contrats au profit des institutions, unions, mutuelles ou entreprises d'assurance qu'elle a désignées et qui mentionne, le cas échéant, le taux de réduction pour chaque type de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats transférés est publiée au Journal officiel de la République française. Cette décision libère l'institution ou l'union cédante de tout engagement envers les membres participants et bénéficiaires, dont les bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats ont été transférés en vertu des dispositions du présent article.

Lorsque la procédure du transfert de portefeuille n'a pas abouti, l'Autorité en informe le fonds paritaire de garantie.

IV.-Les engagements et les actifs transférés font l'objet d'une comptabilité distincte. Les excédents éventuels dus à une sous-estimation des actifs ou à une surestimation des engagements dans le bilan de transfert reviennent aux membres participants et bénéficiaires de prestations, dont les bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats ont été transférés.

V.-Le transfert de tout ou partie du portefeuille ou le constat de l'échec de la procédure de transfert emporte retrait, par l'Autorité, de tous les agréments administratifs de l'institution ou de l'union défailante. Le fonds paritaire de garantie accomplit, jusqu'à la nomination du liquidateur, les actes nécessaires à la gestion de la partie du portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats qui n'a pas été transférée. L'administrateur provisoire nommé, le cas échéant, par l'Autorité de contrôle, peut accomplir les actes de gestion pour le compte du fonds paritaire de garantie.

Article L951-11

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait, pour tout dirigeant d'une institution de prévoyance, d'une union d'institution de prévoyance ou d'une société de groupe assurantiel de protection sociale ou d'une union d'institution de prévoyance ou pour tout dirigeant que l'Autorité aura décidé de soumettre à son contrôle en application de l'article L. 951-2 :

1° Après mise en demeure, de ne pas répondre aux demandes d'information de l'Autorité de contrôle ou de mettre obstacle, de quelque manière que ce soit, à l'exercice par celle-ci de sa mission de contrôle, ou de lui communiquer sciemment des renseignements inexacts ;

2° De faire entrave à l'action de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ou à l'exécution d'une décision prise en application des articles L. 612-33 et L. 612-34 du code monétaire et financier ;

3° De faire des déclarations mensongères ou de procéder à des dissimulations frauduleuses dans tout document produit au ministre chargé de la sécurité sociale ou porté à la connaissance du public et des membres adhérents ou participants.

Article L951-16

En cas de transfert de portefeuille, la partie des droits des membres participants et bénéficiaires de prestations éventuellement non couverte par le cessionnaire est garantie dans les limites prévues par son règlement par un versement du fonds paritaire de garantie au cessionnaire.

Lorsque la procédure de transfert de portefeuille n'a pas abouti, les droits des membres participants et bénéficiaires de prestations sont garantis par un versement, à leur profit, du fonds paritaire de garantie, dans les limites prévues par le règlement du fonds.

Le fonds paritaire de garantie dispose d'un droit d'accès aux documents justificatifs du calcul de sa contribution, dont le montant est arrêté par l'Autorité de contrôle.

Partie législative

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire et supplémentaire des salariés et non salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 6 : Dispositions générales relatives à la protection sociale supplémentaire des travailleurs non salariés.

Article L961-1

Les dispositions du présent titre s'appliquent aux régimes et garanties collectives établis à titre obligatoire ou facultatif dans un cadre professionnel au profit des non salariés, anciens non salariés et de leurs ayants droit et qui s'ajoutent aux régimes légalement obligatoires des professions mentionnées notamment à l'article L. 621-3 ou relevant de la Caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1.

Les régimes et garanties collectives mentionnés au premier alinéa ont notamment pour objet de prévoir la couverture des risques et la constitution des avantages mentionnés à l'article L. 911-2.

Ces régimes et garanties collectives, obligatoires ou facultatifs, sont gérés par les entreprises régies par le code des assurances, par les mutuelles relevant du code de la mutualité, par les organismes mentionnés à l'article L. 621-2 fonctionnant pour les groupes professionnels définis aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 621-3 et par les organismes mentionnés aux articles L. 644-1 et L. 723-1.

Les dispositions du présent titre ne s'appliquent pas aux régimes complémentaires obligatoires qui relèvent d'un règlement européen de coordination des législations nationales de sécurité sociale pris sur la base des articles 42 et 308 du traité instituant la Communauté européenne.

Article L961-2

Les dispositions du présent titre sont d'ordre public.

Article L961-3

Les régimes et les garanties collectives mentionnés à l'article L. 961-1 ne peuvent prévoir, en cas de radiation des affiliés, des conditions différentes de maintien des droits à retraite, selon que les assurés ou leurs ayants droit restent sur le territoire français ou vont résider dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Article L961-4

Les organismes qui gèrent les opérations mentionnées à l'article L. 961-3 sont tenus d'assurer le versement des prestations ou avantages de retraite, d'invalidité et de décès aux assurés et à leurs ayants droit résidant dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, nets de taxes et de frais.

Article L961-5

Les organismes qui gèrent les opérations mentionnées à l'article L. 961-3 sont tenus d'adresser à leurs ressortissants qui cessent d'être affiliés avant d'avoir fait liquider leurs droits, au plus tard trois mois après la date d'effet de leur radiation, une note d'information sur leurs droits à retraite, mentionnant notamment les modalités et les conditions selon lesquelles ils pourront obtenir la liquidation de leurs droits.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1er : Organisation de la sécurité sociale.

Article R111-1

L'organisation de la sécurité sociale comprend :

1° En ce qui concerne le régime général :

- a) La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des caisses primaires d'assurance maladie ;
- b) La Caisse nationale des allocations familiales et des caisses d'allocations familiales ;
- c) La Caisse nationale d'assurance vieillesse et, pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, la Caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg ;
- d) L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ;
- e) L'Union des caisses nationales de sécurité sociale ;
- f) Des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ;
- g) Dans les départements d'outre-mer, des caisses générales de sécurité sociale ;
- h) Des unions ou fédérations de caisses ;

2° En ce qui concerne le régime agricole, des organismes de mutualité sociale agricole comprenant la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, des caisses de mutualité sociale agricole ainsi que leurs associations et groupements d'intérêt économique ;

3° En ce qui concerne le régime social des indépendants, la Caisse nationale du régime social des indépendants et des caisses de base ;

4° En ce qui concerne les régimes spéciaux à certaines branches d'activité ou certaines entreprises pour tout ou partie des prestations, des caisses, organismes et services ;

5° En ce qui concerne les régimes obligatoires de base d'assurance maladie, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;

6° En ce qui concerne le régime des expatriés, la Caisse des Français de l'étranger ;

7° Tous autres organismes et services qui assurent, en tout ou partie des attributions dévolues aux organismes et services mentionnés aux 1° à 6°.

Article R111-2

Pour bénéficier des prestations mentionnées aux articles L. 160-1, L. 512-1, L. 815-1, L. 815-24, L. 861-1 et L. 863-1 ainsi que du maintien du droit aux prestations en espèces prévu par l'article L. 161-8, sont considérées comme résidant en France de manière stable les personnes qui ont leur foyer ou le lieu de leur séjour principal sur le territoire métropolitain, en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy ou à Saint Martin. Cette disposition n'est pas applicable aux ayants droit mineurs pour la prise en charge de leurs frais de santé en cas de maladie et de maternité dans les cas prévus par les conventions internationales et les règlements européens.

Le foyer s'entend du lieu où les personnes habitent normalement, c'est-à-dire du lieu de leur résidence habituelle, à condition que cette résidence sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer ait un caractère permanent.

La condition de séjour principal est satisfaite lorsque les bénéficiaires sont personnellement et effectivement présents à titre principal sur le territoire métropolitain, en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy ou à Saint Martin. Sous réserve de l'application des dispositions de l'article R. 115-7, sont réputées avoir en France le lieu de leur séjour principal les personnes qui y séjournent pendant plus de six mois au cours de l'année civile de versement des prestations.

La résidence en France peut être prouvée par tout moyen.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 2 : Ministres compétents.

Article R112-1

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa, le ministre chargé de la sécurité sociale est chargé de l'application de l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale.

En ce qui concerne le régime agricole et le régime d'assurance des marins, le ministre chargé de la sécurité sociale exerce ces attributions conjointement avec, respectivement, le ministre chargé de l'agriculture et le ministre chargé de la marine marchande.

Le ministre chargé du budget participe à la tutelle de l'organisation de la sécurité sociale pour les questions relevant de sa compétence.

Les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget exercent le contrôle de l'Etat prévu à l'article L. 151-1, notamment en étant représentés par des commissaires du Gouvernement. Les dispositions particulières qui régissent les régimes autres que le régime général peuvent prévoir que le ministre chargé du secteur désigne un représentant qui assiste au conseil d'administration des organismes.

Article R112-2

Avec le concours des organismes de sécurité sociale, le ministre chargé de la sécurité sociale prend toutes mesures utiles afin d'assurer l'information générale des assurés sociaux.

Il établit annuellement dans le cadre des mesures générales de coordination déjà existantes les directives selon lesquelles s'exerce l'action des organismes de sécurité sociale en matière de prévention des accidents du travail.

Il contrôle la réalisation, par les organismes de sécurité sociale, du plan d'action sanitaire et sociale.

Il prend toutes mesures nécessaires à la mise en oeuvre de l'action sociale en faveur des personnes âgées.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 3 : Inspection générale.

Article R113-1

Le contrôle des divers régimes de sécurité sociale est confié à une inspection générale de la sécurité sociale placée sous l'autorité du ministre chargé de la sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés.

Un décret fixe les attributions et la composition de cette inspection générale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 : Commissions et conseils

Section 6 : Comité de suivi des retraites

Article R114-1

Le comité de suivi des retraites est placé auprès du Premier ministre. Il a pour missions :

1° De rendre les avis prévus au II de l'article L. 114-4 ;

2° D'émettre des recommandations selon les modalités prévues au III et au IV du même article et à l'article L. 4162-21 du code du travail ;

3° De réunir et consulter le jury citoyen prévu au troisième alinéa du I de l'article L. 114-4 du présent code, dans le cadre de la préparation des avis et recommandations prévus aux 1° et 2°.

Article R114-2

Le comité de suivi des retraites se réunit sur convocation de son président, qui fixe l'ordre du jour. Le secrétariat du comité est assuré par la direction de la sécurité sociale.

Article R114-3

Le comité de suivi des retraites peut, sur décision de son président, entendre toute personne dont l'audition est de nature à éclairer ses délibérations. Sur proposition de son président, il peut s'adjoindre les services d'un ou de plusieurs rapporteurs dans l'exercice de ses missions.

Article R114-4

Au cours de leur mandat de cinq ans, le président ou le membre du comité qui décède ou démissionne est remplacé pour la durée du mandat par une personne désignée dans les mêmes conditions.

Article R114-5

Les membres du comité sont tenus au secret des délibérations.

Article R114-6

Les membres du comité perçoivent une indemnité forfaitaire et les rapporteurs des vacations, dans des conditions définies par arrêté conjoint des ministres chargé de la sécurité sociale et chargé du budget.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 bis : Organisations comptables

Article R114-6-1

I.-Pour l'ensemble des organismes et régimes de sécurité sociale visés à l'article L. 114-6-1 du présent code, les comptes annuels et les comptes combinés sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels et les comptes combinés sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration, instance ou commission délibérative compétente qui les approuve sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres :

1° Après avoir pris connaissance du rapport de certification prévu à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières pour ce qui concerne les comptes faisant l'objet de la certification prévue au même article ;

2° Au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification pour ce qui concerne les comptes qui font l'objet de la certification prévue à l'article L. 114-8 du présent code ;

3° Au vu du rapport de validation prévu à l'article D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale pour ce qui concerne les organismes visés au deuxième alinéa de l'article L. 114-6.

II.-Pour l'application des troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 114-6 du présent code, les comptes annuels et les comptes combinés, constitués du bilan, du compte de résultat et de l'annexe sont, selon un calendrier fixé par arrêté, établis pour être mis à la disposition des instances chargées de leur certification puis transmis au ministre chargé de la sécurité sociale, à la Cour des comptes, aux instances chargées de la certification et au ministre de l'agriculture pour ce qui concerne les comptes des régimes de protection sociale agricole.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 ter : Contrôle et lutte contre la fraude

Article R114-10

L'organisme de sécurité sociale compétent pour prononcer les pénalités financières mentionnées à l'article L. 114-17 est celui qui est victime des faits mentionnés aux 1° à 4° du I du même article.

Article R114-11

Lorsqu'il envisage de faire application de l'article L. 114-17, le directeur de l'organisme le notifie à l'intéressé en précisant les faits reprochés et le montant de la pénalité envisagée et en lui indiquant qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, s'il le souhaite, ou pour présenter des observations écrites.

Si, après réception des observations écrites ou audition de la personne concernée dans les locaux de l'organisme ou en l'absence de réponse de cette personne à l'expiration du délai mentionné à l'alinéa précédent, le directeur décide de poursuivre la procédure, il fixe le montant de la pénalité et le notifie à la personne concernée. Celle-ci peut, dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette notification, former un recours gracieux contre la décision fixant le montant de la pénalité auprès du directeur. Dans ce cas, le directeur saisit la commission mentionnée au septième alinéa du I de l'article L. 114-17 et lui communique, le cas échéant, les observations écrites de la personne concernée ou le procès-verbal de son audition.

Après que le directeur de l'organisme ou son représentant a présenté ses observations, et après avoir entendu la personne en cause, si celle-ci le souhaite, la commission rend un avis motivé, portant notamment sur la matérialité des faits reprochés, sur la responsabilité de la personne et sur le montant de la pénalité susceptible d'être appliquée.

La commission doit émettre son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine. Elle peut, si un complément d'information est nécessaire, demander au directeur un délai supplémentaire d'un mois. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme du délai qui lui est imparti, l'avis est réputé rendu.

Le directeur dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu pour fixer le montant définitif de la pénalité et le notifier à la personne en cause ou pour l'aviser que la procédure est abandonnée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Lors des auditions mentionnées au présent article, la personne en cause peut se faire assister ou se faire représenter par la personne de son choix.

Les notifications prévues au présent article s'effectuent par tout moyen permettant de rapporter la preuve de leur date de réception. Copie en est envoyée le même jour par lettre simple.

La décision fixant le montant définitif de la pénalité précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et mentionne l'existence d'un délai de deux mois à partir de sa réception imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées ainsi que les voies et délais de recours. Elle mentionne également, le cas échéant, les modalités de recouvrement de la pénalité par retenues sur les prestations ultérieures à verser à l'intéressé.

La mise en demeure prévue à l'article L. 114-17 est adressée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Elle comporte les mêmes mentions que la notification de la pénalité en ce qui concerne la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et indique l'existence du délai de paiement d'un mois à compter de sa réception, assorti d'une majoration de 10 %, ainsi que les voies et délais de recours.

Les dispositions des articles R. 133-3 et R. 133-5 à R. 133-7 sont applicables à la contrainte instituée par l'article L. 114-17.

Article R114-12

La commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 114-11 est composée de quatre membres issus du conseil d'administration de l'organisme compétent pour prononcer la pénalité et désignés par lui en tenant compte de la répartition des sièges entre les différentes catégories représentées en son sein.

Les membres de la commission sont nommés pour la durée du mandat du conseil d'administration.

Le président de la commission est élu par ses membres. En cas de partage égal des voix, la désignation du président résulte d'un tirage au sort.

Les membres de la commission ne peuvent siéger lorsqu'ils ont un intérêt personnel ou direct à l'affaire qui est examinée.

Des suppléants en nombre égal au nombre de titulaires sont désignés dans les mêmes conditions que ceux-ci. Ils siègent lorsque les membres titulaires dont ils sont les suppléants sont empêchés ou intéressés par une affaire.

Le remplacement d'un membre de la commission, en cas de cessation de fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que sa nomination et pour la durée du mandat qui reste à courir.

La commission ne peut donner son avis que si sont au moins présents trois de ses membres. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations.

Article R114-13

I.-Peuvent faire l'objet de la pénalité mentionnée à l'article R. 114-11 les personnes qui ont obtenu indûment ou qui ont agi dans le but d'obtenir ou de faire obtenir indûment à des tiers le versement de prestations servies par les organismes chargés de la gestion des prestations d'assurance vieillesse ou des prestations familiales :

1° en fournissant de fausses déclarations, accompagnées, le cas échéant, de faux documents, relatives à l'état civil, à la résidence, à la qualité d'allocataire, de bénéficiaire ou d'ayant droit, à la situation professionnelle, au logement, à la composition de la famille, aux ressources ou à la durée de cotisation ou de périodes assimilées au titre de l'assurance vieillesse ;

2° ou en omettant de déclarer un changement de situation relatif à la résidence, à la qualité d'allocataire, de bénéficiaire ou d'ayant droit, à la situation professionnelle, au logement, à la composition de la famille, aux ressources.

II.-Peuvent également faire l'objet de la pénalité mentionnée à l'article R. 114-11 :

1° Les successibles qui, en omettant de déclarer le décès d'un bénéficiaire dans un délai de six mois, ont obtenu ou tenté d'obtenir indûment le versement des prestations servies par les organismes chargés de la gestion des prestations d'assurance vieillesse ;

2° Les personnes pour lesquelles il a été constaté, dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, une situation de travail dissimulé et qui ont bénéficié de prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité par les organismes mentionnés au premier alinéa du I du présent article.

Article R114-14

Le montant de la pénalité est fixé proportionnellement à la gravité des faits reprochés, en tenant compte notamment de leur caractère intentionnel ou répété, du montant et de la durée du préjudice et des moyens et procédés utilisés.

Le plafond maximal des pénalités précisées au présent chapitre est doublé pour des faits identiques ayant déjà fait l'objet d'une pénalité notifiée par un directeur d'organisme débiteur de prestations familiales ou de caisse d'assurance vieillesse quel qu'il soit au cours des trois années précédant la date de la notification des faits reprochés, mentionnée au premier alinéa de l'article R. 114-11.

Article R114-16

Les organismes concernés transmettent chaque année avant le 1er mars à la caisse nationale ou à la caisse centrale dont ils relèvent un rapport portant sur leur activité de l'année précédente au titre du présent chapitre.

Article R114-17

Pour le contrôle de l'application de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les employeurs, personnes privées ou publiques, et les travailleurs indépendants sont tenus de présenter aux agents des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail mentionnés à l'article L. 114-10 tout document que ces derniers leur demandent aux fins de l'exercice de leur mission, et de permettre auxdits agents l'accès aux locaux de l'entreprise.

Ces agents procèdent à toutes vérifications portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis en vue de faire bénéficier les victimes et leurs ayants droit des prestations servies au titre de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles.

Article R114-18

I.-Les agents chargés du contrôle, assermentés et agréés, des organismes locaux d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 114-10 procèdent à toutes vérifications sur pièces et sur place portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis par les assurés sociaux en vue de bénéficier ou de faire bénéficier des prestations servies au titre des assurances maladie, maternité, accidents du travail, maladies professionnelles, invalidité, décès, de la protection complémentaire en matière de santé, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'Etat.

II.-Lorsque les vérifications portent sur le droit aux prestations calculées en fonction des revenus déclarés ou aux prestations versées sous conditions de ressources ou sous condition de volume de travail effectué, les agents susmentionnés peuvent mener leurs enquêtes auprès de toute personne physique ou morale susceptible de valider les renseignements d'ordre pécuniaire fournis par l'assuré à l'appui de sa demande de prestations.

III.-Lorsque les vérifications portent, en application de l'article L. 162-1-20, sur les médicaments, les dispositifs médicaux, les produits ou les prestations de service et d'adaptation associées inscrits sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie adresse à l'établissement de santé ou à la personne physique ou morale un avis qui mentionne la date et l'heure du contrôle, l'objet des vérifications ou de l'enquête ainsi que la possibilité pour l'établissement ou la personne physique ou morale de se faire assister du conseil de son choix pendant les vérifications ou l'enquête administrative. Cet avis transmis par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception doit parvenir au moins quinze jours avant la date de la première visite.

L'envoi de cet avis ne s'applique pas aux vérifications ou à l'enquête qui ont pour objet des faits relevant du VII de l'article L. 114-17-1.

A l'issue du contrôle sur place, les agents chargés du contrôle communiquent à l'établissement ou à la personne physique ou morale un document daté et signé conjointement mentionnant l'objet du contrôle, le nom et la qualité des agents chargés du contrôle ainsi que les documents consultés et communiqués. En cas

de refus de signature par l'établissement ou la personne contrôlée, les agents susmentionnés consignent ce fait dans un procès-verbal.

IV.-Les agents chargés du contrôle peuvent, dans le cadre des investigations mentionnées aux I, II et III, réclamer à la personne physique ou morale contrôlée ou à l'établissement contrôlé la communication de tout document, ou copie de document, nécessaire à l'exercice du contrôle dès lors qu'il n'est pas porté atteinte au respect du secret médical. Dans ce dernier cas, les documents sont adressés ou remis au praticien-conseil.

Article R114-18-1

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 114-9 est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Article R114-19

L'agrément prévu à l'article L. 114-11 est délivré aux personnes chargées de procéder, dans une ou plusieurs circonscriptions consulaires dans un même pays, à des constatations portant sur :

1° Les éléments de la situation de fait des assurés sociaux résidant hors de France et de leurs ayants droit, nécessaires à la détermination des cotisations et prestations ;

2° Les revenus de source étrangère des personnes demandant le bénéfice de prestations sous condition de ressources ;

3° Les soins reçus hors de France, notamment la réalité de ces soins, leur tarification et leur coût pour l'assuré.

Article R114-20

Peuvent être agréées les personnes qui remplissent les conditions suivantes :

1° Ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pénale devenue définitive ayant entraîné une peine d'emprisonnement pour des faits passibles d'une telle peine en droit français ; pour les personnes morales, cette condition s'applique à leurs dirigeants en exercice ; elle s'applique également aux collaborateurs qui seront, le cas échéant, chargés d'effectuer des constatations ;

2° Justifier exercer de manière effective et ininterrompue depuis au moins cinq ans une activité professionnelle les rendant aptes à effectuer tout ou partie des constatations mentionnées à l'article R. 114-19 ;

3° Disposer des moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation des constatations dans le champ géographique couvert par l'agrément ;

4° Justifier de diplômes ou de l'expérience professionnelle appropriés ; pour les personnes morales, cette condition s'applique à leurs dirigeants ; elle s'applique également aux collaborateurs chargés d'effectuer les constatations ;

5° Disposer d'une comptabilité certifiée par un expert indépendant ou visée par une autorité locale compétente.

Article R114-21

I. # La demande d'agrément est déposée auprès de l'autorité consulaire de la circonscription ou, lorsqu'elle porte sur plusieurs circonscriptions, auprès de l'autorité consulaire de la circonscription dans laquelle le demandeur a sa résidence professionnelle, ou, pour une personne morale, son siège social ou son principal établissement.

II. # La demande d'agrément comporte les éléments suivants :

1° L'identité et l'adresse professionnelle de la personne physique ou la raison sociale, la forme juridique, l'identité des dirigeants et l'adresse du siège ou de l'établissement principal de la personne morale, ainsi que, le cas échéant, l'identité des collaborateurs chargés d'effectuer des constatations ;

2° Le cas échéant, la déclaration ou le certificat d'enregistrement de l'activité du demandeur auprès des autorités locales compétentes et, pour une personne morale, ses statuts ;

3° Les pièces délivrées par les autorités locales établissant que la condition prévue au 1° de l'article R. 114-20 est remplie ou, quand les autorités locales ne délivrent pas de telles pièces, une attestation sur l'honneur ;

4° Les documents justifiant des conditions mentionnées aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article R. 114-20.

III. # L'autorité consulaire ne délivre l'agrément qu'après avis favorable de l'établissement public compétent en matière de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

IV. # Le silence gardé pendant plus de trois mois par l'autorité consulaire sur la demande d'agrément vaut décision de rejet.

Article R114-22

L'agrément est délivré pour trois ans. Il est renouvelable pour la même durée.

La demande de renouvellement est présentée par la personne physique ou morale agréée au plus tard trois mois avant l'expiration de l'agrément. Les dispositions du III et IV de l'article R. 114-21 sont applicables.

Article R114-23

La personne agréée informe sans délai l'autorité consulaire de toute modification des éléments communiqués à l'appui de la demande d'agrément ou de son renouvellement.

Lorsqu'une des conditions fixées à l'article R. 114-20 cesse d'être remplie, l'agrément peut être retiré avant le terme prévu à l'article R. 114-22.

Article R114-24

Les demandes des organismes de sécurité sociale tendant à ce que soient effectuées les constatations prévues à l'article R. 114-19 sont présentées aux personnes agréées par l'intermédiaire d'un établissement public figurant sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, avec lequel ces personnes ont préalablement conclu une convention.

Cette convention prévoit notamment les conditions dans lesquelles est assurée la confidentialité des données à caractère nominatif collectées à l'occasion de ces constatations.

Article R114-25

Conformément à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, est autorisée la création, par le ministre chargé de la sécurité sociale (direction de la sécurité sociale), d'un traitement de données à caractère

personnel dénommé " Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) " mis en œuvre par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Ce traitement a pour finalités de :

1° Simplifier les démarches des bénéficiaires de droits et prestations par la mise en commun, entre les organismes, d'informations dont la fiabilité est garantie par les organismes qui les fournissent ;

2° Améliorer l'appréciation des conditions d'ouverture, la gestion et le contrôle des droits et prestations des bénéficiaires de la protection sociale, par l'identification des bénéficiaires et ressortissants, par l'information des organismes habilités sur l'ensemble des rattachements, droits et prestations de leurs ressortissants et par l'aide apportée à ces organismes pour la détection de droits et prestations manquants ainsi que des anomalies et des fraudes ;

3° Rationaliser et fiabiliser, par l'utilisation des données d'identification du système national de gestion des identifiants géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, les échanges de données entre les organismes de protection sociale, mentionnés notamment à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale ainsi que les échanges entre ces organismes et les administrations fiscales prévus par le présent code ;

4° Produire des statistiques anonymes à des fins de contrôle de la qualité des procédures ou de dénombrements relatifs à l'ensemble des informations contenues dans le RNCPS.

Article R114-26

Les données à caractère personnel et les informations relatives à chaque bénéficiaire de droits et prestations, collectées et, le cas échéant, enregistrées dans le RNCPS, sont les suivantes :

1° Le numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) et celui ou ceux qui lui auraient été précédemment attribués ou, pour les personnes en instance d'attribution d'un numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques, un numéro identifiant d'attente (NIA) attribué par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à partir des données d'état civil, pour l'ensemble des organismes ;

2° Les données communes d'identification, qui comportent :

a) Le nom de famille, et, le cas échéant, le nom marital ou d'usage, et les prénoms ;

b) Le sexe ;

c) La date et le lieu de naissance ;

d) Le cas échéant, la mention du décès ;

3° Les données et informations centralisées de rattachement, qui comportent :

a) Les identifiants des organismes auxquels il est ou a été rattaché dans les cinq dernières années et, le cas échéant, les domaines de risques auxquels se rattachent les prestations gérées par ces organismes ;

b) La date de début et, le cas échéant, la date de fin de rattachement ainsi que le motif de fin de rattachement ;

4° Les données relatives aux prestations, qui comportent, pour chacun des droits ou prestations :

a) La nature des droits ou prestations ainsi que leur date d'effet ;

b) La qualité du bénéficiaire au regard de chacun de ces droits ou prestations ;

c) L'état de chacun des droits ou prestations, ainsi que la date d'effet et le motif de cet état ;

d) L'adresse déclarée pour l'ouverture du droit ou le versement de la prestation, la date d'effet de cette adresse et la mention d'incidents s'étant éventuellement produits avec cette adresse si l'organisme en a connaissance, ainsi que, s'ils ont été fournis par le bénéficiaire, les numéros de téléphone et adresses électroniques.

Article R114-27

Les données et les informations centralisées de rattachement sont transmises par les organismes contributeurs. Sont contributeurs les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 114-12-1. Ces données et informations, ainsi que les données mentionnées au 1° de l'article R. 114-26, sont conservées par le RNCPS.

Les données communes d'identification sont transmises, dès lors que des données centralisées de rattachement existent, par le système national de gestion des identifiants auquel le RNCPS est relié.

Les données relatives aux prestations sont collectées par requêtes en temps réel auprès des organismes contributeurs. Toutefois, le RNCPS peut assurer l'hébergement de ces données pour le compte des organismes qui n'auraient pas la capacité technique de répondre à ces requêtes. Dans ce cas, la mise à jour de ces données est effectuée au minimum une fois par mois.

Les données relatives aux différentes prestations sont accessibles lorsque, au moment de la consultation, ces prestations sont servies ou suspendues ou lorsque elles ont été supprimées depuis moins d'un an. Lorsqu'une date de fin de rattachement à un organisme est inscrite, les données relatives aux prestations peuvent être consultées jusqu'à la fin du trimestre civil suivant la date de fin de rattachement. En cas de décès et en l'absence de date de fin de rattachement, l'accès à ces données est maintenu jusqu'à la fin de la cinquième année civile suivant l'année du décès.

Article R114-28

Le numéro d'identification d'attente est conservé par le RNCPS jusqu'à l'attribution d'un NIR au bénéficiaire.

Le NIR est conservé par le RNCPS pendant toute la durée de conservation de données et informations centralisées de rattachement.

Les données et informations centralisées de rattachement sont conservées par le RNCPS jusqu'à la fin de la cinquième année civile suivant la date de la fin du rattachement.

Les données relatives aux prestations collectées auprès des organismes contributeurs ne sont conservées par le RNCPS que le temps nécessaire à leur consultation ou, dans le cas où elles sont hébergées par le répertoire, pendant la durée nécessaire à leur mise à jour, dans la limite d'un mois.

Les mises à jour et échanges sont conservés dans un journal pendant un an à compter de la date de ces opérations. Il en est de même de l'identification des agents ayant procédé à la consultation du RNCPS ainsi que des dates et heures de ces consultations.

Article R114-29

Sont destinataires des données et informations mentionnées à l'article R. 114-26 :

1° Les agents individuellement désignés et dûment habilités, dans le cadre de leurs missions, des organismes mentionnés aux premier et cinquième alinéas de l'article L. 114-12-1 ;

2° Les agents individuellement désignés et dûment habilités dans le cadre de leurs missions pour les procédures d'attribution d'une prestation d'aide sociale servie par une collectivité territoriale ou un centre communal ou intercommunal d'action sociale, et aux seules fins de vérifier les conditions d'accès à l'aide sociale. L'habilitation est délivrée par le représentant de la collectivité territoriale ou du centre communal ou intercommunal d'action sociale.

Article R114-30

I.-Le répertoire est accessible en temps réel à partir du NIR de l'individu ou, à défaut de son numéro identifiant d'attente, aux agents désignés et dûment habilités dans le cadre de leurs missions des organismes mentionnés au 1° de l'article R. 114-29 et dans les conditions prévues à ce même article.

Le répertoire peut être également consulté en temps différé à partir d'une liste de NIR ou de numéros identifiants d'attente, ou en activant des requêtes spécifiques dont les paramètres sont définis par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Outre les informations relatives à la situation des bénéficiaires, le RNCPS transmet sur leur demande aux agents mentionnés au premier alinéa, sur leur demande, les anomalies et signalements relatifs aux droits ouverts et aux prestations servies.

II.-Le répertoire est accessible, en temps réel à partir du NIR de l'individu ou, à défaut, de son numéro identifiant d'attente, aux agents désignés et dûment habilités dans le cadre de leurs missions des organismes mentionnés au 2° de l'article R. 114-29 et dans les conditions prévues à ce même article.

III.-Pour les consultations effectuées à partir du NIR ou du numéro d'identification d'attente, ce numéro est complété par le nom ou à défaut le prénom du bénéficiaire, aux fins de vérifier la concordance de ces informations.

Article R114-31

Le RNCPS met à la disposition des partenaires un dispositif de gestion des échanges permettant de procéder aux échanges de données mentionnés au 3° de l'article R. 114-25.

L'usage du dispositif de gestion des échanges du RNCPS garantit :

1° La reconnaissance de l'émetteur et du ou des destinataires des données échangées ;

2° L'identification et si nécessaire le rattachement des personnes auxquelles sont attachées les informations échangées ;

3° La confidentialité du contenu des informations échangées ainsi que la traçabilité des échanges.

Les nouveaux échanges de données mis en œuvre dans le cadre de ce dispositif font l'objet, le cas échéant, d'une autorisation ou d'une déclaration distincte.

Article R114-32

Les organismes contributeurs mentionnés à l'article R. 114-27 donnent à leurs ressortissants une information sur les données accessibles dans le cadre du RNCPS.

Cette information précise :

1° Que le droit d'accès prévu à l'article 39 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée s'exerce auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

2° Que, pour les données communes d'identification, le droit de rectification prévu à l'article 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée s'exerce auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

3° Que, pour les données et informations centralisées de rattachement et les données relatives aux prestations, le droit de rectification s'exerce auprès de l'organisme servant la prestation en cause.

Article R114-33

Les organismes nationaux concluent avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés une convention qui détermine les modalités de leur participation au RNCPS. Cette convention précise notamment les caractéristiques techniques des systèmes d'informations que les organismes mettent en œuvre pour assurer l'alimentation et la consultation sécurisées du RNCPS. Elle fixe les règles d'habilitation définies par les organismes pour chacun des modes de consultation et de traitement des données ainsi que les exigences relatives à la qualité des données fournies par les organismes contributeurs mentionnés à l'article R. 114-27. Elle mentionne, le cas échéant, l'adhésion des partenaires au dispositif d'échange visé à l'article R. 114-31.

Une convention spécifique est signée entre la Caisse des dépôts et consignations et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Cette convention détermine les conditions techniques dans lesquelles les collectivités territoriales et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale accèdent au RNCPS par l'intermédiaire du système d'information de la Caisse des dépôts et consignations, au titre de ses missions relatives à ces collectivités et établissements.

Article R114-34

La liste, des organismes prévus au premier alinéa de l'article L. 114-12-1 et celle des risques, droits et prestations entrant dans le champ du RNCPS sont récapitulées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'emploi, du travail et de l'agriculture. Cet arrêté recense également les organismes signataires des conventions mentionnées à l'article R. 114-33 et les organismes couverts par chacune des conventions signées, ainsi que les organismes dont les données relatives aux prestations sont hébergées par le répertoire dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article R. 114-33.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 5 : Dispositions diverses.

Article R115-1

Sont autorisés à utiliser le numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques et à consulter ledit répertoire pour les traitements mentionnés à l'article R. 115-2 :

1° Les organismes et administrations chargés de la gestion d'un régime obligatoire de base de sécurité sociale et, le cas échéant, les organismes habilités par la loi ou par une convention à participer à la gestion de ces régimes ;

2° Le Fonds de solidarité vieillesse, ainsi que la Caisse des dépôts et consignations pour les fonds suivants : fonds spécial d'invalidité, service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, fonds commun des accidents du travail et fonds commun des accidents du travail agricole ;

3° Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les entreprises régies par le code des assurances et les institutions régies par les titres II et III du livre IX du présent code ;

4° Les professionnels, institutions ou établissements qui dispensent à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit des actes ou prestations pris totalement ou partiellement en charge par l'assurance maladie, y compris les comptables publics attachés le cas échéant à ces établissements ;

5° Les collectivités publiques qui servent des prestations d'aide sociale, visées à l'article L. 182-1 ;

6° Les organismes gérant les régimes mentionnés aux articles L. 223-16 et L. 351-2 du code du travail, ainsi que l'organisme mentionné au dernier membre de phrase du premier alinéa du I de l'article L. 133-5.

Article R115-2

L'autorisation donnée à l'article R. 115-1 vaut exclusivement pour les traitements, mis en oeuvre dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

1° Que les organismes visés aux 1° et 2° dudit article effectuent dans l'exercice de leurs missions de sécurité sociale conformément aux lois et règlements en vigueur ou, le cas échéant, lors de la phase administrative initiale de traitement de la déclaration préalable à l'embauche prévue par l'article L. 320 du code du travail, à seule fin de vérifier l'identité du salarié faisant l'objet de cette déclaration ;

2° Que les organismes visés au 3° du même article effectuent dans l'exercice de leurs activités d'assurance maladie, maternité et invalidité complémentaire conformément à la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, ou dans leurs activités d'assurance vieillesse complémentaire ;

3° Que les professionnels, institutions ou établissements visés au 4° du même article effectuent pour leurs échanges avec les organismes mentionnés aux 1° et 3° dudit article ;

4° Que les comptables publics visés au 4° du même article effectuent pour le recouvrement de créances auprès des assurés sociaux soignés par leurs établissements ;

5° Que les collectivités publiques qui servent des prestations d'aide sociale mettent en oeuvre dans le cadre des dispositions du chapitre II du titre VIII du livre Ier du présent code, relatives aux bénéficiaires de l'aide médicale ;

6° Que les organismes mentionnés aux 1°, 3° et 6° du même article effectuent en application du I de l'article L. 133-5 pour les déclarations sociales auxquelles sont assujetties les entreprises.

Article R115-3

I. # Les informations recueillies dans le cadre des services prévus au I de l'article L. 133-5 sont collectées par l'organisme mentionné au dernier membre de phrase du premier alinéa du I de cet article, directement auprès des déclarants ou de leurs mandataires ou, le cas échéant, recueillies auprès des organismes mentionnés au 6° de l'article R. 115-2.

II. # La transmission électronique de ces informations fait l'objet d'un chiffrement.

III. # L'organisme mentionné au dernier membre de phrase du premier alinéa du I de l'article L. 133-5 collecte et conserve les données qu'il recueille, dans le cadre de ces services, dans des conditions qui permettent d'en assurer la sécurité.

Il rend compte chaque année des conditions dans lesquelles la sécurité de la collecte et la conservation des données sont assurées, au moyen d'un rapport d'évaluation remis au ministre chargé de la sécurité des systèmes d'information et à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV. # Les données recueillies sont conservées, pour la déclaration mentionnée à l'article R. 243-14 pendant un délai de trois mois, et, pour les autres déclarations, jusqu'à expiration des délais de recours contentieux.

Au-delà des délais mentionnés à l'alinéa précédent, ces données seront détruites, sans préjudice de la loi du 3 janvier 1979 sur les archives.

Article R115-4

I. - Les délibérations de l'assemblée et les décisions de l'instance de direction du groupement d'intérêt économique mentionné à l'article L. 115-5 sont exécutoires de plein droit si, à l'issue d'un délai de vingt jours suivant leur communication aux ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture, l'un de ceux-ci n'a pas fait connaître son opposition ou si elles ont fait l'objet avant l'expiration de ce délai d'une approbation explicite des trois ministres.

Un commissaire du Gouvernement, nommé auprès du groupement par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture, participe de droit aux réunions de l'assemblée et de l'instance de direction.

II. - Le groupement d'intérêt économique est soumis au contrôle économique et financier de l'Etat dans les conditions fixées par le titre II du décret n° 55-733 du 26 mai 1955 modifié portant codification et aménagement des textes relatifs au contrôle économique et financier de l'Etat.

Article R115-7

Toute personne est tenue de déclarer à l'un des organismes qui assure le service d'une prestation mentionnée au premier alinéa de l'article R. 111-2 dont elle relève tout changement dans sa situation familiale ou dans son lieu de résidence, notamment en cas de transfert de sa résidence hors du territoire métropolitain de la France ou d'un département d'outre-mer qui remettrait en cause le bénéfice des prestations servies par cet organisme.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 1er : Conseils d'administration

Section 1 : Organisation et pouvoirs des conseils.

Article R121-1

Sauf dispositions particulières propres à certains régimes et à certains organismes, le conseil d'administration a notamment pour rôle :

1°) d'établir les statuts et le règlement intérieur de l'organisme ;

2°) de voter les budgets de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale, de la prévention et, le cas échéant, des établissements gérés par l'organisme. A chacun de ces budgets est annexé un état limitant pour l'année le nombre d'emplois par catégorie de telle sorte que le nombre des agents de chaque catégorie ne puisse dépasser le nombre des emplois ;

3°) de voter les budgets d'opérations en capital concernant les programmes d'investissements, de subventions ou de participations financières. Ces budgets, qui font apparaître le montant total de chaque programme autorisé, doivent prévoir l'imputation des paiements correspondants dans les budgets des années où ces paiements doivent avoir lieu ;

4°) de contrôler l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires, ainsi que l'exécution de ses propres délibérations ;

5°) de nommer le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint, sous réserve de l'agrément ;

6°) de nommer, sur la proposition du directeur, aux autres emplois de direction soumis à l'agrément ;

7°) de désigner les agents chargés de l'intérim des emplois de direction, sous réserve de leur agrément par l'autorité de tutelle ou son représentant territorial ;

8°) d'approuver les comptes de l'organisme, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

Le conseil d'administration peut désigner en son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions.

Le directeur et l'agent comptable assistant, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration ou des commissions ayant reçu délégation de celui-ci.

Le pouvoir de contrôle dont dispose le conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale sur le fonctionnement général de cet organisme ne l'autorise pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur ou au médecin conseil régional dans l'exercice des pouvoirs propres de décision qui sont reconnus à ces derniers par les dispositions réglementaires applicables, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.

Article R121-2

Sous réserve des dispositions de l'article L. 122-1, les organismes sont représentés de plein droit en justice et dans tous les actes de la vie civile par leur président qui peut déléguer ses pouvoirs au directeur par mandat spécial ou général.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public du régime social des indépendants, des caisses mutuelles d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des cultes et de la caisse des Français de l'étranger.

Article R121-3

Les représentants du personnel au conseil ou au conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale ne peuvent participer aux délibérations dudit conseil, des commissions constituées par ledit conseil ou des commissions fonctionnant auprès d'un organisme de sécurité sociale, lorsque ces délibérations sont relatives à des questions d'ordre individuel concernant le personnel des organismes de sécurité sociale.

Les dispositions du présent article ont le même champ d'application que les dispositions de l'article R. 121-2.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 2 : Directeur et agent comptable.

Article R122-1

La désignation du directeur et de l'agent comptable des organismes de sécurité sociale est soumise à l'agrément du ministre compétent, ainsi qu'en ce qui concerne l'agent comptable du ministre chargé du budget.

Article R122-2

Les dispositions de l'article R. 122-1 sont applicables à tous les organismes de droit privé jouissant de la personnalité civile ou de l'autonomie financière et assurant en tout ou en partie la gestion d'un régime légalement obligatoire d'assurance contre la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, le décès, le veuvage, les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de prestations familiales, ainsi qu'aux unions ou fédérations desdits organismes.

Article R122-3

Le directeur assure le fonctionnement de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration.

Il a seule autorité sur le personnel et fixe l'organisation du travail dans les services. Dans le cadre des dispositions qui régissent le personnel et sauf en ce qui concerne les agents de direction et les agents comptables, il prend seule toute décision d'ordre individuel que comporte la gestion du personnel et notamment nomme aux emplois, procède aux licenciements, règle l'avancement, assure la discipline.

Il soumet chaque année au conseil d'administration :

1°) les projets de budgets concernant :

a. la gestion administrative ;

b. l'action sanitaire et sociale, ainsi que, s'il y a lieu, les établissements gérés par la caisse ;

c. le cas échéant, la prévention ;

2°) un tableau évaluatif pour l'année à venir des recettes et des dépenses afférentes aux différents risques ou charges gérés par l'organisme.

Il remet chaque année au conseil d'administration un rapport sur le fonctionnement administratif et financier de l'organisme.

Dans les conditions définies par décret, le directeur engage les dépenses, constate les créances et les dettes, émet les ordres de recettes et des dépenses et peut, sous sa responsabilité, requérir qu'il soit passé outre au refus de visa ou de paiement, éventuellement opposé par l'agent comptable. Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il arrête les comptes de l'organisme.

Il a pouvoir pour donner mainlevée des inscriptions de privilèges ou d'hypothèques sur des immeubles, requises au profit de l'organisme. Toutefois, à défaut de constatation de l'extinction ou de l'annulation de créance garantie, la mainlevée ne peut être consentie qu'en exécution d'une décision du conseil d'administration.

Il accepte provisoirement ou à titre conservatoire et sans autorisation préalable les dons et legs qui sont faits à l'organisme.

Il peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme. Il peut donner mandat à des agents de l'organisme en vue d'assurer la représentation de celui-ci en justice et dans les actes de la vie civile.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint. En cas d'absence ou d'empêchement du directeur ou du directeur adjoint ou à défaut de directeur adjoint, les fonctions de directeur sont exercées par un agent de l'organisme désigné dans les conditions prévues au 7° de l'article R. 121-1.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous les organismes à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public, de la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, des caisses mentionnées à l'article L. 211-1 et, en ce qui concerne la deuxième phrase du treizième alinéa et le quatorzième alinéa, de la Caisse des Français à l'étranger. Le deuxième alinéa du présent article n'est pas applicable aux praticiens-conseils du régime social des indépendants.

Article R122-4

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur. Il est chargé, sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, de l'ensemble des opérations financières de l'organisme. Sa gestion est garantie par un cautionnement dont le montant minimum est fixé dans les limites déterminées par un arrêté du ministre chargé du budget et des ministres intéressés.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, l'agent comptable établit les comptes de l'organisme.

En cas d'absence momentanée ou d'empêchement de l'agent comptable, ses fonctions sont exercées par le fondé de pouvoir.

En cas de vacance de l'emploi d'agent comptable, le directeur général ou le directeur de l'organisme national compétent désigne la personne chargée d'effectuer l'intérim jusqu'à la nomination d'un agent comptable. L'installation de l'agent comptable intérimaire s'effectue dans les mêmes conditions que celle de l'agent comptable. La durée de ses fonctions est limitée à six mois. L'intérim peut être renouvelé deux fois. Chaque renouvellement est effectué selon les mêmes modalités et pour une durée maximale de six mois.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous les organismes à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public. Toutefois, celles de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux organismes de mutualité sociale agricole.

Article R122-5

Les mises en demeure ou observations faites, soit par le ministre chargé du contrôle administratif au directeur et à l'agent comptable, soit par le ministre chargé du budget, en ce qui concerne l'agent comptable, doivent être notifiées simultanément à l'intéressé et au conseil d'administration.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes, à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public, des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux organismes dont les agents de direction et les agents comptables sont nommés par une autorité de tutelle dans les conditions fixées par les textes législatifs et réglementaires.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 3 : Personnel

Section 1 : Dispositions générales.

Article R123-1

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 123-1 et aux articles L. 123-2 et L. 123-2-1 est le ministre chargé de la sécurité sociale et pour les organismes de mutualité sociale agricole, le ministre chargé de l'agriculture.

Article R123-1-1

Les accords d'entreprise et les décisions mentionnées à l'article R. 152-8 sont soumis, préalablement à la décision ministérielle d'agrément, à l'avis :

1° Du comité mentionné à l'article L. 224-5-2 pour les accords conclus et les décisions prises au sein du régime général ;

2° De la Fédération nationale des employeurs de la mutualité sociale agricole pour les accords conclus et les décisions prises au sein des organismes de mutualité sociale agricole ;

3° Du directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants pour les accords conclus et les décisions prises au sein des caisses de base du régime social des indépendants.

L'organisme de sécurité sociale est informé de la date à laquelle cet avis est rendu.

Les accords d'entreprise et les décisions mentionnées à l'article R. 152-8 sont réputés agréés au terme d'un délai d'un mois suivant l'avis mentionné à l'alinéa précédent.

Les ministres compétents peuvent proroger ce délai d'un mois, renouvelable une fois. Ils informent l'organisme de sécurité sociale concerné de cette prorogation.

Article R123-2

Les organismes qui comptent un nombre d'agents dont l'effectif est inférieur à un minimum fixé par arrêté du ministre intéressé ou dont les ressources annuelles sont inférieures à un montant minimum fixé par le même arrêté peuvent être autorisés à déroger aux dispositions des articles R. 123-6, R. 123-45 et R. 123-47.

L'application du premier alinéa du présent article relève du ministre chargé de l'agriculture en ce qui concerne les organismes de mutualité sociale agricole.

Article R123-3

L'organisme employeur est tenu d'informer le service mentionné à l'article R. 155-1 de toute instance engagée par un agent d'un organisme de sécurité sociale contre son employeur et portant sur un différend né à l'occasion du contrat de travail.

Les dispositions du premier alinéa du présent article peuvent être rendues applicables, avec les adaptations nécessaires, par décret, à tous organismes de sécurité sociale jouissant de la personnalité civile et soumis au contrôle de la Cour des comptes en application des dispositions des articles L. 154-1 et L. 154-2.

Article R123-4

La nomination des directeurs des établissements ou oeuvres sociales des organismes de sécurité sociale, lorsqu'ils fonctionnent en permanence et comportent hébergement, est soumise à l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'application du premier alinéa du présent article relève du ministre chargé de l'agriculture en ce qui concerne les organismes de mutualité sociale agricole.

Le présent article n'est pas applicable aux établissements ou oeuvres dont le budget annuel est inférieur à un montant fixé par arrêté.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public, des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales, des organismes du régime social des indépendants, la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes et de la caisse des Français de l'étranger.

Article R123-5

Avec le concours des organismes de sécurité sociale, le ministre chargé de la sécurité sociale prend toutes mesures utiles afin d'organiser la formation du personnel de direction et d'encadrement des organismes de sécurité sociale et de veiller à la formation des autres catégories de personnel dans les conditions fixées au présent titre.

Article R123-6

Sous réserve des dispositions de l'article L. 123-3, la formation de base, la promotion professionnelle du premier degré et la formation continue des agents sont assurés par les organismes de sécurité sociale, leurs unions ou fédérations, conformément aux prescriptions du code du travail.

Les organismes de sécurité sociale, leurs unions ou fédérations, peuvent préparer leurs agents au concours d'entrée à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes, à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public, de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales.

Section 2 : Agents de direction et agents comptables

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article R123-7

Sauf désignation par le conseil en qualité de représentants de l'organisme, les agents de direction et les agents comptables des organismes de sécurité sociale ne peuvent exercer les fonctions d'administrateur, de directeur ou de gérant dans une société, entreprise ou d'une institution privée, qui bénéficie de subventions, de prêts ou d'une garantie de la part d'un organisme de sécurité sociale ou dont l'activité comporte l'exécution de travaux, la prestation de fournitures ou de services pour le compte ou sous le contrôle d'un organisme de sécurité sociale.

Toutefois, les agents de direction et les agents comptables d'un organisme de sécurité sociale peuvent être agréés pour exercer des fonctions de direction ou d'agent comptable dans d'autres organismes de sécurité sociale énumérés à l'article R. 111-1 ou dans leurs unions ou fédérations.

Les dispositions du présent article ont le même champ d'application que les dispositions de l'article R. 123-6. Toutefois, elles sont applicables à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.

Sous-section 2 : Ecole nationale supérieure de sécurité sociale

Paragraphe 1 : Dispositions générales.

Article R123-8

L'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est placée sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale.

Elle conclut avec le ministre chargé de la sécurité sociale, pour une durée minimale de quatre ans, une convention d'objectifs et de gestion comportant les engagements réciproques des signataires liés à la mise en œuvre des missions confiées à l'école.

Article R123-9

L'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale contribue au recrutement des agents des régimes de sécurité sociale et assure à ces agents une formation leur permettant d'exercer ultérieurement les fonctions d'agent de direction et d'agent comptable des organismes de sécurité sociale. Elle a pour mission :

1° D'organiser les concours d'entrée prévus à l'article R. 123-28 et les épreuves de sélection destinées aux personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale ;

2° D'assurer des formations qualifiantes en vue de l'exercice des fonctions d'agent de direction et d'agent comptable, pour les élèves issus des concours prévus à l'article R. 123-28 et pour les personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale. Les conditions dans lesquelles cette formation est assurée, s'agissant des personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° De contribuer, conjointement avec les administrations ou les organismes de protection sociale intéressés, au recrutement et à la formation qualifiante :

a) Des praticiens-conseils, des ingénieurs-conseils et des autres cadres supérieurs techniques des organismes de sécurité sociale ;

b) Des inspecteurs et contrôleurs des agences régionales de santé mentionnés à l'article R. 1435-15 du code de la santé publique ;

c) De toute autre catégorie d'emplois supérieurs techniques ;

d) Des personnels supérieurs d'administrations ou d'organismes étrangers intervenant dans le domaine de la santé et de la protection sociale ;

4° De délivrer les diplômes sanctionnant les formations qu'elle dispense ;

5° D'organiser des sessions de formation continue et des cycles d'accompagnement aux transitions professionnelles à destination notamment :

a) Des personnels supérieurs d'encadrement des organismes de sécurité sociale, des agences régionales de santé, de l'administration et des établissements relevant du champ de la santé et de la protection sociale ;

b) Des membres des organisations professionnelles et syndicales ;

c) Des cadres supérieurs des secteurs public et privé ;

6° D'entreprendre des études et des recherches concernant les questions sanitaires et sociales ;

7° De mettre en œuvre des actions de coopération à caractère international en matière d'enseignement et de recherche ;

8° D'assurer la gestion de l'Institut des hautes études de protection sociale.

Article R123-10

Les conditions d'admission des auditeurs français et étrangers aux cycles de formation qualifiants et aux sessions de formation continue prévus à l'article R. 123-9 sont définies par le règlement intérieur de l'école prévu à l'article R. 123-20-1.

Pendant la durée des sessions de formation continue, les auditeurs sont placés sous l'autorité du directeur et soumis au règlement intérieur de l'école.

Paragraphe 2 : Administration de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

Article R123-11

L'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale est administrée par un conseil d'administration dont les membres sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture. Il comprend :

1° a) Pour le régime général de sécurité sociale :

- le président du conseil et le directeur général, ou leurs représentants, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

- le président du conseil d'administration et le directeur, ou leurs représentants, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

- le président du conseil d'orientation et le directeur, ou leurs représentants, de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ;

b) Pour le régime agricole, le président du conseil d'administration, ou son représentant, et le directeur, ou son représentant, de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole ;

c) Pour le régime social des indépendants, le président du conseil d'administration, ou son représentant, et le directeur général, ou son représentant, de la caisse nationale ;

d) Trois représentants d'organismes de sécurité sociale ne relevant pas des a, b et c et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

2° Quatre personnes qualifiées désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° Un ancien élève de l'école désigné par l'association des anciens élèves ;

4° Un représentant de chacune des promotions des élèves en cours de scolarité, élu dans les conditions prévues par le règlement intérieur de l'école.

Lorsqu'il exerce les attributions prévues à l'article R. 123-14, le conseil d'administration ne comprend que les membres mentionnés aux 1°, 2° et 3° ci-dessus.

En cas d'indisponibilité, chacun des membres du conseil d'administration, à l'exception des personnes mentionnées au 2°, est remplacé par un suppléant désigné ou élu dans les mêmes conditions que le titulaire.

La durée du mandat des membres du conseil d'administration est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable. Toutefois, la durée du mandat du représentant de chacune des promotions d'élèves en cours de scolarité est limitée à la durée de celle-ci.

Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre de l'agriculture et le ministre chargé du budget sont représentés chacun par un commissaire du Gouvernement. Ces commissaires assistent aux séances du conseil d'administration et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

En cas d'irrégularités graves, de mauvaise gestion ou de carence, le conseil peut être suspendu ou dissous par le ministre chargé de la sécurité sociale qui nomme un administrateur provisoire.

En cas de dissolution du conseil, les membres désignés ne peuvent l'être à nouveau avant l'expiration d'un délai de quatre ans.

Si les irrégularités ou la mauvaise gestion sont imputables à un ou plusieurs membres du conseil d'administration, le ministre chargé de la sécurité sociale peut révoquer ceux-ci, après avis du conseil.

L'administrateur révoqué ne peut être désigné à ces mêmes fonctions pendant une durée de quatre ans à dater de l'arrêté de révocation.

Article R123-12

Le président et le vice-président du conseil d'administration sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour une durée de quatre ans renouvelable parmi les membres du conseil mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 123-11.

Le conseil d'administration ne peut valablement délibérer que si la majorité des membres assiste à la réunion. A défaut, il est procédé à la convocation d'une nouvelle réunion qui peut se tenir après un délai de huit jours, sans considération de quorum.

Sans préjudice des dispositions du précédent alinéa, les administrateurs, lorsqu'ils ne sont pas suppléés, peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Le directeur de l'école, le contrôleur budgétaire et l'agent comptable assistent aux séances du conseil.

Le conseil d'administration peut entendre toute personne utile à son information.

Article R123-13

Les fonctions de président, de vice-président et de membre du conseil d'administration sont gratuites. Des indemnités correspondant aux frais de déplacement ou de séjour effectivement supportés à l'occasion des réunions du conseil d'administration peuvent toutefois être allouées dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006.

Les membres du conseil ayant la qualité de travailleurs salariés ou de travailleurs indépendants peuvent, en outre, être indemnisés de la perte de leur salaire ou de leur gain dans les conditions prévues pour les administrateurs des organismes de sécurité sociale.

Article R123-14

I. - Le directeur de l'école est nommé par décret sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis du conseil d'administration, pour une période de cinq ans renouvelable.

II. - Les agents de direction de l'école autres que l'agent comptable sont nommés par le directeur.

III. - L'agent comptable est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Il peut être choisi parmi les agents comptables régis par une convention collective nationale des organismes de sécurité sociale. Il a la qualité d'agent public pour l'exercice de ses fonctions à l'école.

Article R123-15

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires générales de l'école.

Il délibère obligatoirement sur :

1° Le programme annuel des formations et des recherches, après avis de la commission pédagogique ;

- 2° Le rapport annuel présenté par le directeur sur l'activité et le fonctionnement de l'école ;
- 3° Le budget de l'école et ses modifications ;
- 4° Le compte financier et l'affectation des résultats ;
- 5° Les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles ;
- 6° Les emprunts, les participations à toutes formes de groupements publics ou privés ;
- 7° Les contrats, conventions ou marchés qui, en raison de leur nature ou de leur montant, doivent lui être soumis pour approbation ;
- 8° L'acceptation des dons et legs ;
- 9° Le règlement intérieur de l'école et, si besoin est, celui du conseil d'administration.

Le conseil d'administration donne son avis sur les questions qui lui sont soumises par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et par le directeur de l'école.

Article R123-16

Le directeur est responsable de la gestion de l'école et de l'enseignement qui y est délivré. Il prend toutes mesures utiles pour l'application des décisions du conseil d'administration et le fonctionnement de l'école.

Il établit le programme des enseignements avec l'assistance de la commission pédagogique.

Il prend toutes décisions nécessaires et exerce les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

Il a seule autorité sur le personnel et fixe l'organisation du travail dans les services. Dans le cadre des dispositions qui régissent le personnel et sauf en ce qui concerne l'agent comptable, il prend seule toute décision d'ordre individuel que comporte la gestion du personnel et notamment nomme aux emplois, procède aux licenciements, règle l'avancement, assure la discipline.

Le directeur désigne l'agent de direction chargé d'assurer l'intérim de ses fonctions en cas d'absence momentanée, d'empêchement ou de vacance de poste. En l'absence de désignation, le directeur adjoint assure l'intérim du directeur.

Il conclut au nom de l'école tous les contrats, conventions, marchés et transactions. Il fixe les tarifs des sessions de formation. (1)

Dans les conditions définies par décret, le directeur engage les dépenses, constate les créances et les dettes, émet les ordres de recettes et de dépenses et peut, sous sa responsabilité, requérir qu'il soit passé outre au refus de visa ou de paiement, éventuellement opposé par l'agent comptable. Il arrête les comptes de l'école.

Il a pouvoir pour donner mainlevée des inscriptions de privilèges ou d'hypothèques sur des immeubles requises au profit de l'école. Toutefois, à défaut de constatation de l'extinction ou de l'annulation de créance garantie, la mainlevée ne peut être consentie qu'en exécution d'une décision du conseil d'administration.

Il accepte provisoirement ou à titre conservatoire et sans autorisation préalable les dons et legs qui sont faits à l'école.

Il peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'école.

Le directeur décide des actions en justice à intenter au nom de l'école et représente celle-ci en justice et dans les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à des agents de l'école en vue d'assurer la représentation de celle-ci en justice et dans les actes de la vie civile.

Le directeur est responsable de la discipline des élèves et des stagiaires et fixe leurs congés.

Article R123-17

Le conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an, sur convocation de son président. Il est réuni en session extraordinaire à la demande soit du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de l'agriculture, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur de l'école.

Article R123-18

Les délibérations du conseil d'administration, à l'exception de celles qui sont mentionnées à l'article R. 123-18-1, sont exécutoires dans le délai de vingt jours à compter de leur notification aux ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget, sauf opposition expresse et motivée de l'un ou l'autre de ces ministres.

Le conseil d'administration peut déléguer au directeur certains de ses pouvoirs. Les dispositions du présent article concernant la communication aux ministres et leur possibilité d'opposition sont applicables aux décisions du directeur prises en vertu des pouvoirs qui lui sont délégués.

Article R123-18-1

Les délibérations portant sur le budget et le compte financier sont exécutoires dans les conditions prévues par le titre III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Les délibérations portant sur les acquisitions, échanges et aliénations d'immeubles et aux emprunts sont exécutoires dans les mêmes conditions que les délibérations relatives au budget et au compte financier.

Article R123-20

Une commission pédagogique de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale donne son avis, à la demande du conseil d'administration ou du directeur, sur toutes questions relatives aux recherches et aux formations dispensées par l'école.

Sa composition est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition du directeur de l'école après avis du conseil d'administration. Elle est présidée par le directeur de l'école ou son représentant et se réunit sur convocation de celui-ci.

Elle assiste le directeur dans la définition et la mise en œuvre du projet pédagogique.

Elle est appelée à donner son avis, en particulier sur :

- 1° Les orientations des enseignements, formations et stages des cycles diplômant ;
- 2° Les conditions d'accès aux cycles diplômant et d'obtention des diplômes ;
- 3° Les orientations des programmes de formation continue ;
- 4° Les orientations des programmes d'étude et de recherche.

Article R123-20-1

Les modalités d'organisation de la scolarité, la nature et le contenu des enseignements, des diplômes ou attestations remis, la discipline intérieure de l'école ainsi que les garanties dont doivent être assorties les sanctions susceptibles d'être prononcées, notamment l'exclusion, sont précisés par le règlement intérieur de l'école.

Paragraphe 3 : Personnel.

Article R123-21

Le personnel de l'école comprend des agents publics, des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Des personnels d'organismes publics ou privés peuvent être mis à la disposition de l'école par convention avec les employeurs.

Article R123-22

Les intervenants à l'école sont rémunérés par convention ou par vacation dans les conditions prévues par le décret n° 2010-235 du 5 mars 2010.

Paragraphe 4 : Régime financier - Marchés - Biens.

Article R123-23

Outre les contributions des organismes ou régimes de sécurité sociale, les recettes de l'école comprennent notamment :

1°) les revenus des biens, fonds et valeurs ;

2°) les dons et legs faits au profit de l'établissement ;

3°) le produit des travaux effectués pour le compte de tiers ;

4°) le produit des activités de l'école, notamment le produit des droits d'inscription, de scolarité, d'examens et de concours ;

5°) les produits de l'aliénation des biens, fonds et valeurs ;

6°) les sommes perçues en matière de formation professionnelle, notamment celles provenant des employeurs.

L'école peut recevoir des subventions allouées par l'Etat ou d'autres collectivités publiques.

Article R123-24

Des régies de recettes et des régies de dépenses peuvent être créées dans les conditions fixées par le décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 susvisé.

Article R123-25

Les marchés sont passés dans les formes et conditions prescrites pour les marchés de l'Etat.

Article R123-26

L'Ecole est soumise aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Article R123-27

Les biens appartenant à l'Etat et affectés à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale au 13 juin 1977 sont remis à l'établissement :

1°) en toute propriété en ce qui concerne les biens meubles ;

2°) à titre de dotation en ce qui concerne les immeubles du domaine privé dont la liste est établie par arrêté conjoint du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Paragraphe 5 : Accès à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale - scolarité

Article R123-28

Chaque année sont organisés deux concours ouvrant l'accès à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

Le concours interne est ouvert aux personnes justifiant au 1er janvier de l'année du concours d'au moins quatre années de services dans un ou plusieurs organismes, unions ou fédérations d'organismes de sécurité sociale, ainsi que dans les établissements mentionnés au 3° de l'article R. 123-45-2.

Le concours externe est ouvert aux personnes soit titulaires d'un diplôme national sanctionnant un second cycle d'études supérieures, ou d'un titre ou d'un diplôme de même niveau figurant sur une liste fixée, sur proposition du conseil d'administration de l'école, et après avis du ministre chargé des universités, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'agriculture, soit ayant terminé avec succès la première année du second cycle d'études supérieures juridiques ou économiques.

Les places sont offertes en nombre égal aux candidats du concours interne et du concours externe. Cependant les places offertes à l'un des deux concours qui n'auraient pu être attribuées aux candidats de la catégorie correspondante peuvent être reportées, par décision des jurys, sur l'autre concours, sans que l'application de cette disposition puisse avoir pour effet, après attribution, de diminuer de plus de 50 % le nombre de places offertes à chacun des concours.

Le nombre de places mises aux concours, les conditions d'inscription, les dates des épreuves, la liste des candidats admis à y prendre part, les membres des jurys, qui devront être choisis notamment parmi les fonctionnaires de l'Etat et les agents de direction et agents comptables des organismes de sécurité sociale et qui seront présidés par un professeur de l'enseignement supérieur, le contenu des programmes et les modalités des épreuves ainsi que les règles de discipline des concours sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture sur proposition du conseil d'administration.

La liste des candidats définitivement admis en qualité d'élèves à l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale est fixée par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Les candidats définitivement admis doivent obligatoirement suivre la prochaine scolarité suivant la date du concours, sauf dérogation accordée par le directeur de l'école sur demande motivée des intéressés ainsi que de leur employeur pour les candidats internes.

Article R123-30

Les élèves de l'école reçoivent un enseignement théorique et pratique au sein d'un cycle de formation dont la durée est au plus de vingt-quatre mois.

Article R123-32

Pendant la durée de leur scolarité, les élèves sont placés sous l'autorité du directeur et soumis au règlement intérieur de l'école.

Article R123-33

La formation prévue à l'article R. 123-30 est sanctionnée par un examen de sortie, dont le résultat est établi par un jury dont les membres sont choisis parmi les agents de catégorie A de la fonction publique, notamment enseignants-chercheurs, les agents de direction et agents comptables régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale.

Les membres du jury sont nommés par le directeur de l'école.

L'élève ayant satisfait à l'examen de sortie et ayant souscrit l'engagement de servir dans un organisme de sécurité sociale ou une agence régionale de santé pendant une durée de six ans consécutifs bénéficie du titre d'ancien élève.

Un arrêté annuel du ministre chargé de la sécurité sociale établit la liste des personnes pouvant se prévaloir du titre d'ancien élève de l'école.

Article R123-34

L'élève qui, pour quelque motif que ce soit, ne termine pas sa scolarité, refuse de signer l'engagement de servir ou ne satisfait pas entièrement à cet engagement doit verser à l'école une indemnité représentative des frais qu'elle a engagés pour assurer sa scolarité.

L'élève peut être dispensé totalement ou partiellement de cette obligation par le conseil d'administration sur proposition du directeur de l'école.

Article R123-36

I. - Les élèves issus du concours externe qui ne sont pas rémunérés par un organisme de sécurité sociale sont des agents salariés non titulaires de l'école.

L'école remplit, à l'égard de ces élèves, les obligations de l'employeur.

Les élèves perçoivent pendant la durée de leur scolarité une indemnité dont le montant, fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, est égal à la rémunération de base d'un agent d'encadrement prévue par la convention collective de travail mentionnée à l'article L. 123-1.

Cette indemnité est soumise aux cotisations sociales dues pour les agents de droit privé régis par cette convention collective.

II. - Les élèves issus du concours interne, ainsi que les élèves issus du concours externe qui sont rémunérés par un organisme de sécurité sociale, continuent à être rémunérés par leur employeur pendant la durée de leur scolarité.

L'école rembourse à l'employeur le coût des rémunérations et accessoires versés, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. - Les élèves issus du troisième concours sont des agents salariés non titulaires de l'école pendant la durée de leur scolarité.

L'école remplit, à l'égard de ces élèves, les obligations de l'employeur.

Ils perçoivent une indemnité dont le montant, fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, est égal au plus à la rémunération de base d'un agent d'encadrement supérieur prévue par la convention collective de travail mentionnée à l'article L. 123-1.

Cette indemnité est soumise aux cotisations sociales dues pour les agents de droit privé régis par cette convention collective.

Article R123-37

Les organismes de sécurité sociale et les agences régionales de santé transmettent chaque année à l'école, à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, la liste des postes d'encadrement supérieurs vacants. Le directeur de l'école établit la liste des postes vacants proposés aux élèves.

A l'issue de la scolarité, chacun des anciens élèves est nommé sur un des postes figurant sur cette liste ou sur un poste d'agent de direction par le directeur de l'organisme concerné.

Paragraphe 6 : Formation continue.

Article R123-40

La liste des candidats admis à suivre la formation prévue au 2° de l'article R. 123-9 pour les personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale est arrêtée par le directeur de l'école soit au vu du résultat des épreuves organisées à cet effet, soit dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour les candidats dispensés d'épreuves d'entrée.

Article R123-41

Un arrêté annuel du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des personnes ayant suivi avec succès la formation prévue au 2° de l'article R. 123-9.

Sous-section 3 : Nomination et parcours professionnel.

Paragraphe 1er : Liste d'aptitude et parcours professionnel

Article R123-45

I. - Les agents de direction et les agents comptables des organismes de sécurité sociale sont nommés parmi les candidats inscrits sur une liste d'aptitude établie par catégorie d'emplois ou agréés dans une catégorie au moins équivalente.

II. - Ces dispositions ne s'appliquent pas aux organismes de sécurité sociale ayant le caractère d'établissement public, à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, à la Caisse nationale du régime social des indépendants, à la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole et aux organismes d'assurance vieillesse des professions libérales.

Article R123-45-1

Les personnes portant le titre d'ancien élève de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale sont inscrites de droit sur la liste d'aptitude mentionnée à l'article R. 123-45 à l'issue de leur scolarité, dans les conditions fixées par les arrêtés mentionnés à l'article R. 123-47.

Peuvent solliciter leur inscription sur la liste d'aptitude, sous réserve de remplir les conditions d'expérience, de nature d'emploi et de formation fixées par les arrêtés mentionnés à l'article R. 123-47, les personnes suivantes :

1° Les personnes occupant un emploi d'encadrement, d'agent de direction ou d'agent comptable dans un organisme de sécurité sociale ;

2° Les personnes régies par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale salariées par des organismes habilités à recruter ces personnes ;

3° Les personnes portant le titre d'ancien élève de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale, qui ne relèvent pas d'une des situations mentionnées aux alinéas précédents ;

4° Les agents publics de catégorie A ;

5° Les personnes répondant à l'une des situations mentionnées aux 1° à 3° et dont le contrat de travail est suspendu en application des dispositions du code du travail ou des conventions collectives.

Article R123-46

Deux listes d'aptitude sont établies, l'une pour l'accès aux emplois des organismes de la mutualité sociale agricole, l'autre pour l'accès aux emplois des autres organismes mentionnés à l'article R. 123-45.

L'inscription sur l'une des listes donne accès aux emplois de l'autre liste selon des modalités fixées par les arrêtés mentionnés à l'article R. 123-47.

Pour les organismes de la mutualité sociale agricole, la liste d'aptitude est établie par le ministre chargé de l'agriculture, sur proposition d'une commission nationale placée auprès de lui.

Pour les organismes de sécurité sociale autres que ceux relevant de la mutualité sociale agricole, la liste d'aptitude est établie par le ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition d'une commission nationale placée auprès de lui.

Ces deux commissions sont présidées par un membre du Conseil d'Etat, un magistrat de la Cour des comptes ou un membre de l'inspection générale des affaires sociales, en activité ou honoraire, et comprennent, outre

des représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture, à parité, des représentants des organismes nationaux de sécurité sociale et des représentants des agents de direction et agents comptables.

Article R123-47

Des arrêtés conjoints des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture définissent pour chacune des listes d'aptitude la répartition des emplois par catégorie, les règles d'inscription, la durée de validité de l'inscription, les conditions d'expérience, de formation et d'évaluations afférentes à ces catégories, la composition et les règles de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article R. 123-46, les modalités de désignation des membres de ces commissions ainsi que les modalités d'enregistrement et d'examen des demandes d'inscription.

Ces arrêtés fixent également la proportion d'inscription sur la liste d'aptitude pour les personnes occupant un emploi d'encadrement et relevant des 1° et 2° de l'article R. 123-45-1 ainsi que pour les personnes relevant du 4° du même article.

Paragraphe 2 : Nomination

Article R123-47-1

Pour être nommé sur un premier emploi d'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale mentionné à l'article R. 123-45, un candidat inscrit sur la liste d'aptitude mentionnée à cet article doit :

1° Soit être titulaire de l'attestation de la formation dans le domaine de la comptabilité délivrée par l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale ;

2° Soit justifier, dans des conditions précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, d'une expérience ou d'un diplôme dans ce domaine ainsi que d'une formation relative au fonctionnement de la sécurité sociale organisée par l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale.

Article R123-47-2

Pour se porter candidat à un poste de directeur d'organisme, l'agent de direction ou agent comptable qui y exerce ses fonctions depuis plus de sept ans consécutifs, à la date de la publication de la vacance de ce poste, doit avoir exercé précédemment au moins une fois les fonctions d'agent de direction ou d'agent comptable dans un organisme différent.

Les dispositions du présent article sont applicables aux organismes de sécurité sociale mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 111-1, à l'exception de ceux ayant le statut d'établissement public.

Article R123-47-3

Par dérogation aux articles R. 123-45, R. 123-45-1, R. 123-46 , R. 123-47 et R. 123-47-2, le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole est nommé parmi les personnes remplissant l'une des conditions suivantes :

1° Etre régulièrement agréé depuis six ans au moins dans les fonctions d'agent de direction ou d'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale mentionné à l'article R. 111-1 ;

2° Avoir la qualité depuis dix ans de cadre dirigeant au sens de l'article L. 212-15-1 du code du travail dans des institutions de prévoyance ou de retraite complémentaire, dans des mutuelles, dans des associations reconnues d'utilité publique, dans les sociétés d'aménagement foncier ou d'établissement rural ou leur fédération, dans les sociétés coopératives agricoles, dans les sociétés d'intérêt collectif agricole, dans les sociétés mixtes d'intérêt agricole, dans les comités économiques agricoles, dans les organismes d'assurance et de réassurance mutuelles agricoles, dans des organismes mentionnés à l'article 1er du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 ;

3° Etre depuis huit ans fonctionnaire de catégorie A de l'Etat et avoir une expérience en matière de protection sociale.

Article R123-47-6

Le comité des carrières des agents de direction, placé auprès de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, comprend deux sections respectivement compétentes l'une pour les agents de direction des organismes du régime général et des organismes du régime social des indépendants et l'autre pour les praticiens-conseils du service du contrôle médical de ces deux régimes.

La section des agents de direction du comité des carrières émet un avis motivé sur les candidatures aux fonctions de directeur et d'agent comptable. La section des praticiens-conseils émet un avis dans les mêmes conditions sur les candidatures aux fonctions de médecins-conseils régionaux et médecins-conseils régionaux adjoints du service du contrôle médical des organismes du régime général et du régime social des indépendants.

Le comité veille à l'évolution des carrières des personnels précités et notamment à leur mobilité entre les organismes, les branches et les régimes. Il veille également à la régularité du processus de nomination et à sa transparence, à l'occasion notamment des avis qu'il rend sur les candidatures et de son rapport annuel.

Article R123-47-7

Le comité des carrières est présidé par un inspecteur général des affaires sociales, désigné par le chef de l'inspection générale des affaires sociales pour une durée de cinq ans.

La section des agents de direction comprend, outre le président :

1° Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

2° Le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ;

3° Le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

- 4° Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;
- 5° Le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;
- 6° Le directeur de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ;
- 7° Le directeur de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale ;
- 8° Un membre du service mentionné à l'article R. 155-1 désigné par le directeur de la sécurité sociale.

La section des praticiens-conseils comprend, outre le président :

- 1° Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- 2° Le directeur général de la Caisse nationale du régime social des travailleurs indépendants ;
- 3° Le médecin-conseil national du service du contrôle médical du régime général ;
- 4° Le médecin-conseil national du service du contrôle médical du régime social des indépendants.

Chaque section ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins de ses membres sont présents et si l'un au moins des médecins-conseils nationaux est présent.

En cas d'empêchement, un membre du comité peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Le secrétariat est assuré par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale.

Article R123-47-8

Pour l'accomplissement de ses missions, le comité des carrières établit une charte de fonctionnement. Chaque section établit un règlement intérieur.

Chaque section rend un avis motivé sur l'adéquation des candidatures aux postes à pourvoir, au vu des éléments contenus dans les dossiers des candidats. Cet avis est transmis par le président du comité à l'autorité chargée de la nomination.

La section des agents de direction se réunit à dates fixes prévues par son règlement intérieur ou sur convocation de son président. La date et l'ordre du jour des réunions sont rendus publics par les soins du secrétariat du comité des carrières.

La section des praticiens-conseils est réunie en tant que de besoin sur convocation du président du comité.

Le secrétariat du comité des carrières communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés du comité.

Article R123-47-9

Le comité élabore un rapport annuel qui présente le bilan quantitatif et qualitatif de son activité. Ce rapport peut contenir des observations et des recommandations relatives à l'évolution des carrières des agents de direction et des praticiens-conseils.

Le rapport annuel est présenté par le comité aux organisations syndicales représentatives des agents de direction, à celles représentatives des praticiens-conseils ainsi qu'aux associations d'agents de direction, de directeurs, d'agents comptables et de praticiens-conseils.

Les directeurs des organismes nationaux du régime général et du régime social des indépendants transmettent chaque année au comité des carrières un bilan de leur politique de gestion des directeurs et agents comptables. Ce bilan fait l'objet d'une présentation à la réunion prévue au deuxième alinéa du présent article.

Article R123-47-10

Les modalités de déclaration et de publication des vacances de postes d'agents de direction, d'agents comptables, de médecins-conseils régionaux et de médecins-conseils régionaux adjoints des organismes du régime général et du régime social des indépendants, les conditions de transmission des candidatures ainsi que les modalités selon lesquelles l'avis des sections du comité des carrières est transmis à l'autorité chargée de la nomination sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Sous-section 4 : Agrément

Article R123-48

Les agents de direction et les agents comptables des organismes de sécurité sociale, de leurs unions ou fédérations, ainsi que les directeurs des établissements ou oeuvres sociales des organismes de sécurité sociale mentionnés à l'article R. 123-4, sont agréés dans les conditions prévues à la présente sous-section. Le terme "agents de direction" s'entend des directeur, directeur adjoint, sous-directeur et secrétaire général, ainsi que des directeurs délégués mentionnés à l'article R. 224-6.

Toutefois, les dispositions de la présente sous-section ne sont pas applicables :

- aux organismes de sécurité sociale ayant le caractère d'établissement public pour le directeur et l'agent comptable ;
- à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines pour ses directeur, directeur adjoint et agent comptable ;
- aux organismes d'assurance vieillesse des professions libérales.

Article R123-49

I.-Sous réserve des dispositions de l'article R. 123-50-1, les personnels mentionnés au premier alinéa de l'article R. 123-48 sont agréés par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

La décision d'agréer ou de refuser d'agréer les agents comptables est prise après avis du directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques du département du siège de l'organisme concerné et, pour les agents comptables des organismes nationaux, de leurs établissements ou de leurs œuvres sociales, après avis du ministre chargé du budget.

II.-Abrogé

III.-L'autorité compétente dispose d'un délai de six mois à compter de la date de prise de fonctions de l'intéressé pour l'agréer ou refuser l'agrément. En l'absence de décision dans ce délai, l'intéressé est considéré comme agréé. Le délai de six mois peut être renouvelé une fois, sous réserve qu'avant l'expiration de ce délai notification en soit faite à l'intéressé.

Article R123-50

Sous réserve des dispositions de l'article R. 123-50-1, la compétence pour retirer l'agrément des personnels mentionnés à l'article R. 123-48 appartient au ministre chargé de la sécurité sociale ; elle est exercée conjointement avec le ministre chargé du budget pour les agents comptables.

Le retrait d'agrément peut être prononcé après que l'intéressé et l'organisme qui l'emploie ont été, par la communication des motifs de la mesure envisagée, mis à même de présenter leurs observations.

Le retrait d'agrément entraîne de plein droit cessation des fonctions pour lesquelles l'agrément avait été accordé.

Article R123-50-1

Pour les organismes de mutualité sociale agricole :

1° Le ministre chargé de l'agriculture est compétent pour agréer ou refuser d'agréer les agents de direction des organismes à compétence nationale ;

2° La compétence d'agréer ou de refuser d'agréer les agents comptables des organismes à compétence nationale appartient conjointement au ministre chargé de l'agriculture et au ministre chargé du budget ;

3° L'application de l'article R. 123-50 relève, pour les agents de direction, du ministre chargé de l'agriculture et, conjointement, de ce ministre et du ministre chargé du budget pour les agents comptables.

Les décisions de refus d'agrément et de retrait d'agrément des agents de direction et des agents comptables des organismes de mutualité sociale agricole sont prononcées par les autorités compétentes, après consultation du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole.

Sous-section 5 : Mesures disciplinaires.

Article R123-51

Toute décision de rétrogradation ou de licenciement d'un agent de direction ou de l'agent comptable ne peut intervenir qu'après avis d'une commission instituée pour chaque régime par arrêté conjoint des ministres intéressés.

Cet arrêté fixe notamment la composition, le cas échéant les modalités d'élection de certains de ses membres, et les conditions de saisine de la commission.

Les dispositions du présent article sont applicables aux agents de direction régis par des conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale salariés par des organismes habilités à recruter ces personnels, à l'exclusion des personnels mentionnés aux troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article R. 123-48.

Article R123-52

En cas d'urgence, l'agent de direction peut être suspendu avec ou sans rémunération, par le ministre chargé de la sécurité sociale et, pour les agents des organismes de mutualité sociale agricole, par le ministre chargé de l'agriculture. La suspension cesse d'avoir effet, si, dans un délai de quinze jours, la commission n'a pas été saisie.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables aux agents comptables. En ce cas, le ministre chargé du budget possède les mêmes pouvoirs que le ministre chargé du contrôle administratif.

Les dispositions du présent article ont le même champ d'application que l'article R. 123-48.

Article R123-53

Des arrêtés des ministres intéressés fixent les modalités d'application des articles R. 123-51 et R. 123-52.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 4 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article R124-1

Un décret établit les règles de gestion des institutions de sécurité sociale. Il énumère les placements que les organismes de sécurité sociale sont autorisés à faire, détermine les établissements dans lesquels lesdits organismes doivent déposer leurs fonds et fixe les conditions dans lesquelles ils peuvent être autorisés à acquérir des terrains ou des immeubles bâtis, à construire des immeubles ou à les aménager.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles les organismes de sécurité sociale sont autorisés à créer des institutions ou établissements sanitaires ou d'hygiène sociale.

Article R124-2

Lorsqu'une société, entreprise ou institution quelconque, publique ou privée, assure en tout ou partie la gestion d'un régime d'assurance au titre de la maladie, de la maternité, de la vieillesse, de l'invalidité, du décès, des accidents du travail et des maladies professionnelles ou d'un régime de prestations familiales obligatoire en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, cette gestion doit être assurée par un ou plusieurs services spécialisés et faire l'objet d'une comptabilité séparée.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux administrations de l'Etat et des autres collectivités publiques.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre préliminaire : Exonération des cotisations d'assurance maladie, de la contribution sociale généralisée et de la contribution au remboursement de la dette sociale

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 1 : Assiette et régime fiscal des cotisations

Section 5 : Cotisations sur les revenus d'activité des travailleurs non salariés des professions non agricoles

Article R131-1

Pour le calcul et le recouvrement des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables, les travailleurs indépendants des professions non agricoles souscrivent chaque année une déclaration de revenu d'activité auprès, pour ceux mentionnés à l'article L. 613-1, du régime social des indépendants ou, le cas échéant, de l'organisme auquel a été déléguée la gestion de cette déclaration en application de l'article L. 133-6-2 ou, pour ceux mentionnés à l'article L. 722-1, des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 chargés du recouvrement de la cotisation prévue à l'article L. 722-4. Pour les personnes exerçant les professions libérales, à l'exception de celles mentionnées à l'article L. 722-1, une convention est passée entre la Caisse nationale du régime social des indépendants et, d'une part, les organisations autonomes d'assurance vieillesse du groupe des professions libérales, d'autre part, la Caisse nationale des barreaux français. Pour les personnes mentionnées à l'article L. 722-1, une convention est passée entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les organisations autonomes d'assurance vieillesse du groupe des professions libérales concernées. Ces conventions fixent notamment les modalités et les conditions de transmission des informations contenues dans la déclaration du revenu d'activité. Cette transmission intervient au plus tard dans le délai d'un mois suivant la date à laquelle a été souscrite la déclaration de revenu d'activité.

Le travailleur indépendant des professions non agricoles souscrit la déclaration mentionnée au premier alinéa au plus tard à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Cette déclaration est effectuée par voie électronique dans les conditions prévues à l'article L. 133-5 ou au moyen d'un imprimé conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale pour chaque catégorie d'activité.

Lorsque le travailleur indépendant déclare ses revenus au-delà de la date mentionnée au deuxième alinéa, les cotisations et contributions sont assorties d'une pénalité de 3 % de leur montant, sauf dans le cas où il fait l'objet de la procédure de taxation provisoire prévue par les dispositions de l'article R. 242-14. La pénalité est recouvrée sous les mêmes garanties et sanctions que les cotisations et contributions.

Article R131-2

I.-Pour le paiement de leurs cotisations et contributions sociales dues à titre personnel, les travailleurs indépendants non agricoles ne relevant pas du régime prévu à l'article L. 133-6-8 reçoivent un échéancier de paiement valant appel des cotisations et contributions sociales au titre :

1° De la régularisation des cotisations et contributions sociales dues au titre de la dernière année civile écoulée ;

2° De l'ajustement des cotisations et contributions sociales provisionnelles dues au titre de l'année civile en cours ;

3° Du calcul des cotisations et contributions sociales provisionnelles dues au titre de l'année civile suivant l'année en cours ;

4° Le cas échéant, de la période d'étalement mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-1.

Cet échéancier est transmis au cotisant dans le délai de quinze jours suivant la date à laquelle il souscrit la déclaration de revenu d'activité mentionnée à l'article R. 131-1.

II.-Un échéancier de paiement valant appel des cotisations et contributions sociales est envoyé aux assurés au titre du calcul, sur la base du revenu forfaitaire mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2, des cotisations et contributions sociales provisionnelles dues au titre de la première année civile d'activité. Cet échéancier est transmis au cotisant au plus tard à une date qui précède d'au moins quinze jours la première échéance qu'il mentionne.

III.-Un échéancier de paiement valant appel des cotisations et contributions sociales est envoyé aux assurés au titre du calcul, sur la base du revenu forfaitaire mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2, des cotisations et contributions sociales provisionnelles dues au titre de la deuxième année civile d'activité. Cet échéancier est transmis au cotisant au plus tard à une date qui précède d'au moins quinze jours la première échéance qu'il mentionne.

Article R131-3

I.-La demande de report mentionnée au premier alinéa de l'article L. 131-6-1 est effectuée par écrit au plus tard dans le délai de trente jours suivant la date d'affiliation et avant tout versement de cotisations et contributions. Les cotisations et contributions ayant fait l'objet d'un report sont exigibles à la même date et dans les mêmes conditions que les cotisations et contributions définitives suivantes.

II.-La demande mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-1 est effectuée par écrit au plus tard dans la déclaration de revenu d'activité mentionnée à l'article R. 131-1 souscrite au titre de l'année civile au cours de laquelle a débuté la période de douze mois mentionnée au premier alinéa de l'article L. 131-6-1. La période d'étalement court à compter de la première échéance de régularisation des cotisations et contributions définitives qui font l'objet de cet étalement. Les fractions annuelles sont exigibles à la même date et dans les mêmes conditions que les cotisations et contributions définitives suivantes. Les dates et les montants des cotisations et contributions faisant l'objet de l'étalement sont notifiés au bénéficiaire par l'organisme concerné.

III.-Lorsque les cotisations et contributions sont afférentes à un exercice excédant la période mentionnée au premier alinéa de l'article L. 131-6-1, le bénéfice des dispositions de cet article est limité à la fraction de ces cotisations et contributions égale au rapport entre le nombre de mois ouvrant droit à ce bénéfice et le nombre de mois de cet exercice.

IV.-En cas de cessation d'activité professionnelle, les cotisations et contributions sociales provisionnelles ou définitives qui ont fait l'objet d'un report ou d'un étalement et qui restent dues doivent être acquittées dans les soixante jours de cette cessation. Elles sont recouvrées dans les conditions de droit commun. La modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle ne constitue pas une cessation d'activité pour l'application du présent alinéa.

Article R131-4

La régularisation mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 131-6-2 est effectuée et les cotisations dues par le travailleur indépendant au titre de la dernière année civile écoulée sont appelées dès que celui-ci souscrit la déclaration de revenu d'activité mentionnée à l'article R. 131-1 au titre de cette dernière année écoulée. En cas de trop versé, le montant du crédit lui est remboursé sans délai ou imputé sur les versements provisionnels restant à échoir au titre de l'année en cours. Dans ce cas, si le trop versé est supérieur aux cotisations provisionnelles restant à échoir, le solde, après imputation, le cas échéant, sur les dettes des périodes antérieures en remontant de la plus ancienne à la plus récente, lui est remboursé. Lorsqu'un complément de cotisations résulte de la régularisation, il est recouvré dans les mêmes conditions que les versements provisionnels de l'année en cours restant à échoir.

Article R131-5

I.-En application du deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 : 1° Les cotisations provisionnelles dues au titre de l'année civile suivant celle en cours et calculées sur la base du revenu d'activité de la dernière année civile écoulée sont appelées dès que le travailleur indépendant souscrit la déclaration de revenu d'activité mentionnée à l'article R. 131-1 au titre de cette dernière année écoulée. Par dérogation à l'alinéa précédent, les cotisations provisionnelles dues au titre des deux premières années civiles et calculées sur la base du revenu forfaitaire mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 sont appelées, pour la première année d'activité, dans le délai fixé au II de l'article R. 131-2 et, pour la deuxième année d'activité, au plus tard à la date retenue conformément au III du même article. 2° Les cotisations provisionnelles dues au titre de l'année civile en cours et ajustées sur la base du revenu de la dernière année civile écoulée sont appelées dès que le travailleur indépendant souscrit la déclaration de revenu d'activité mentionnée à l'article R. 131-1 au titre de cette dernière année écoulée. L'ajustement prend effet à compter de la prochaine échéance qui suit d'au moins quinze jours la date de cette déclaration. Lorsque le montant ajusté des cotisations provisionnelles est inférieur au montant des cotisations provisionnelles déjà payées sur les échéances de l'année en cours antérieures à l'ajustement, la différence est remboursée au travailleur indépendant, après imputation, le cas échéant, sur les dettes des périodes antérieures en remontant de la plus ancienne à la plus récente. Lorsqu'un complément de cotisations résulte de l'ajustement, il est recouvré dans les mêmes conditions que les versements provisionnels de l'année en cours restant à échoir. II. # Pour bénéficier de la modulation sur la base du revenu estimé mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 131-6-2, le travailleur indépendant fournit une estimation du revenu de l'année en cours à l'organisme de recouvrement dont il relève. La modulation prend effet à compter de la prochaine échéance qui suit d'au moins quinze jours la date de sa demande. Lorsque le montant modulé des cotisations provisionnelles est inférieur au montant des cotisations provisionnelles déjà versées sur les échéances de l'année en cours antérieures à la modulation, la différence est remboursée au travailleur indépendant, après imputation, le cas échéant, sur les dettes des

périodes antérieures en remontant de la plus ancienne à la plus récente, après la détermination du revenu réel, sous réserve qu'il soit constaté l'existence d'un trop versé. Lorsqu'un complément de cotisations est dû après la modulation, il est recouvré dans les mêmes conditions que les versements provisionnels de l'année en cours restant à échoir.

Article R131-6

En cas de cessation d'activité du travailleur indépendant non agricole :

1° La déclaration de revenu d'activité mentionnée à l'article R. 131-1 est souscrite par le cotisant, dans le délai de quatre-vingt-dix jours suivant la date d'effet de la radiation, pour chacune des périodes n'ayant pas encore donné lieu au calcul des cotisations et contributions sociales définitives ;

2° Le cas échéant, sont acquittés par le cotisant, dans le délai de trente jours suivant la date d'envoi de l'avis d'appel établi sur la base de la déclaration mentionnée au 1° :

a) Le complément de cotisations dû au titre de la dernière année civile écoulée, à la suite de la régularisation prévue à l'article R. 131-4, déduction faite des versements déjà effectués, au titre de ce complément, durant l'année civile en cours ;

b) Le complément de cotisations dû au titre de l'année au cours de laquelle a pris effet la radiation, à la suite de la régularisation prévue à l'article R. 131-4, compte tenu des versements provisionnels déjà effectués durant l'année civile en cours ;

3° Le cas échéant, est remboursé au cotisant, dans le délai de trente jours suivant la date d'envoi de l'avis d'appel établi sur la base de la déclaration mentionnée au 1°, le trop-versé résultant de la régularisation, prévue à l'article R. 131-4, des cotisations dues au titre de l'année au cours de laquelle a pris effet la radiation, après imputation, le cas échéant, du montant du crédit sur les dettes des périodes antérieures en remontant de la plus ancienne à la plus récente.

La modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle ne constitue pas une cessation d'activité au sens du présent article.

Article R131-7

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 131-6 :

1° Les apports retenus pour la détermination du capital social sont les apports en numéraire intégralement libérés et les apports en nature à l'exclusion de ceux constitués par des biens incorporels qui n'ont fait l'objet ni d'une transaction préalable en numéraire ni d'une évaluation par un commissaire aux apports ;

2° Les sommes versées en compte courant correspondent au solde moyen annuel du compte courant d'associé. Ce solde moyen annuel est égal à la somme des soldes moyens du compte courant de chaque mois divisée par le nombre de mois compris dans l'exercice ;

3° Le montant du capital social, des primes d'émission et des sommes versées en compte courant d'associé est apprécié au dernier jour de l'exercice précédant la distribution des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts et le versement des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code.

Article R131-8

Pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 131-6 :

1° Le montant de la valeur des biens du patrimoine affecté correspond à leur valeur brute, déduction faite des encours des emprunts y afférents, appréciés au dernier jour de l'exercice précédant la distribution des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts ;

2° Le bénéfice correspond à celui de l'exercice précédant la distribution des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 3 : Recouvrement des cotisations, versement et recouvrement des prestations

Section 1 : Procédure sommaire.

Article R133-1

Avant de saisir le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministère public des poursuites à exercer en vertu des articles L. 244-1 à L. 244-4, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 a la faculté de recourir à la procédure sommaire prévue ci-après en vue du recouvrement des sommes dues par l'employeur ou le travailleur indépendant.

Article R133-2

Si à l'expiration du délai de quinze jours imparti par l'avertissement ou la mise en demeure, le versement dû n'a pas été intégralement effectué ou si la réclamation introduite dans ce même délai par l'employeur ou le travailleur indépendant n'a pas été admise par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 et n'a pas été portée par l'employeur ou le travailleur indépendant dans les quinze jours devant la juridiction compétente pour les contestations relatives aux cotisations, l'état des cotisations ouvrières et patronales de sécurité sociale mentionnées par l'avertissement ou la mise en demeure est rendu exécutoire par décision du responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, remise au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques du département où se trouve l'établissement de l'employeur ou le domicile du travailleur indépendant, qui assure, par l'intermédiaire du comptable de la direction générale des finances publiques du domicile du débiteur, le recouvrement des sommes ainsi exigibles, y compris les frais afférents, comme en matière de contributions directes.

L'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-1 est pris par le ministre chargé du budget.

La procédure sommaire applicable au recouvrement des cotisations, et, éventuellement, des pénalités de retard dues au titre des régimes de protection sociale agricole demeure soumise aux dispositions de l'article 1143-2 du code rural et aux textes pris pour son application.

Section 2 : Contrainte.

Article R133-3

Si la mise en demeure ou l'avertissement reste sans effet au terme du délai d'un mois à compter de sa notification, le directeur de l'organisme créancier peut décerner la contrainte mentionnée à l'article L. 244-9 ou celle mentionnée à l'article L. 161-1-5. La contrainte est signifiée au débiteur par acte d'huissier de justice ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. A peine de nullité, l'acte d'huissier ou la lettre recommandée mentionne la référence de la contrainte et son montant, le délai dans lequel l'opposition doit être formée, l'adresse du tribunal compétent et les formes requises pour sa saisine.

L'huissier de justice avise dans les huit jours l'organisme créancier de la date de signification.

Le débiteur peut former opposition par inscription au secrétariat du tribunal compétent dans le ressort duquel il est domicilié ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat dudit tribunal dans les quinze jours à compter de la signification. L'opposition doit être motivée ; une copie de la contrainte contestée doit lui être jointe. Le secrétariat du tribunal informe l'organisme créancier dans les huit jours de la réception de l'opposition.

La décision du tribunal, statuant sur opposition, est exécutoire de droit à titre provisoire.

Article R133-4

Les contraintes sont décernées en vue du recouvrement des cotisations et des majorations de retard par le directeur de tout organisme de sécurité sociale jouissant de la personnalité civile et soumis au contrôle de la Cour des comptes en application des dispositions des articles L. 154-1 et L. 154-2.

Article R133-5

Dès qu'il a connaissance de l'opposition, l'organisme créancier adresse au secrétaire du tribunal compétent une copie de la contrainte, accompagnée d'une copie de la mise en demeure comportant l'indication du détail des sommes qui ont servi de base à l'établissement de la contrainte, ainsi que l'avis de réception, par le débiteur, de ladite mise en demeure.

Article R133-6

Les frais de signification de la contrainte faite dans les conditions prévues à l'article R133-3, ainsi que de tous actes de procédure nécessaires à son exécution, sont à la charge du débiteur, sauf lorsque l'opposition a été jugée fondée.

Article R133-7

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le modèle de la contrainte.

Section 3 : Dispositions diverses

Article R133-8

Lorsqu'il ne résulte pas d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7 du présent code ou de l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, tout redressement consécutif au constat d'un délit de travail dissimulé est porté à la connaissance de l'employeur ou du travailleur indépendant par un document daté et signé par le directeur de l'organisme de recouvrement, transmis par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Ce document rappelle les références du procès-verbal pour travail dissimulé établi par un des agents mentionnés à l'article L. 8271-7 du code du travail et précise la nature, le mode de calcul et le montant des redressements envisagés. Il informe l'employeur ou le travailleur indépendant qu'il a la faculté de présenter ses observations dans un délai de trente jours et de se faire assister par une personne ou un conseil de son choix.

A l'expiration de ce délai et, en cas d'observations de l'employeur ou du travailleur indépendant, après lui avoir confirmé le montant des sommes à recouvrer, le directeur de l'organisme de recouvrement met en recouvrement les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Article R133-8-1

Lorsqu'il ne résulte pas d'un contrôle effectué en application de l'article L. 243-7 du présent code ou de l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, tout redressement consécutif à la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 133-4-5 est porté à la connaissance du donneur d'ordre ou du maître d'ouvrage par un document signé par le directeur de l'organisme de recouvrement, transmis par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Ce document rappelle les références du procès-verbal pour travail dissimulé établi à l'encontre du cocontractant, précise le manquement constaté, la période sur laquelle il porte et le montant de la sanction envisagée.

Ce document informe également la personne en cause qu'elle dispose d'un délai de trente jours pour présenter ses observations par tout moyen permettant de rapporter la preuve de leur date de réception et qu'elle a la faculté de se faire assister par une personne ou un conseil de son choix. A l'expiration de ce délai et, en cas d'observations du donneur d'ordre ou du maître d'ouvrage, après lui avoir notifié le montant de la sanction, le directeur de l'organisme de recouvrement met en recouvrement les sommes dues selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Article R133-9

Pour l'application des articles L. 114-10, L. 114-11, L. 133-6-5, L. 243-7, L. 652-6 et L. 723-6-2, les organismes nationaux de sécurité sociale passent entre eux des conventions en vue de fixer les objectifs et les modalités de coordination des opérations de contrôle. Les conventions passées en application du présent article définissent notamment les objectifs des opérations de contrôle pour les travailleurs indépendants ayant fait l'objet d'une taxation en application de l'article L. 242-12-1 ou de l'article R. 133-30-2-2.

Article R133-9-1

I.-La notification de payer prévue à l'article L. 133-4 est envoyée par le directeur de l'organisme d'assurance maladie au professionnel ou à l'établissement par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Cette lettre précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement. Elle mentionne l'existence d'un délai de deux mois à partir de sa réception imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées ainsi que les voies et délais de recours. Dans le même délai, l'intéressé peut présenter des observations écrites à l'organisme d'assurance maladie.

A défaut de paiement à l'expiration du délai de forclusion prévu à l'article R. 142-1 ou après notification de la décision de la commission instituée à ce même article, le directeur de l'organisme de sécurité sociale compétent lui adresse la mise en demeure prévue à l'article L. 133-4 par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Cette mise en demeure comporte la cause, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement, le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées ainsi que l'existence du nouveau délai d'un mois imparti, à compter de sa réception, pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle mentionne, en outre, l'existence et le montant de la majoration de 10 % appliquée en l'absence de paiement dans ce délai, ainsi que les voies et délais de recours.

II.-La majoration de 10 % peut faire l'objet d'une remise par le directeur de l'organisme de sécurité sociale à la demande du débiteur en cas de bonne foi de celui-ci ou si son montant est inférieur à un des seuils, différents selon qu'il s'agit d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III.-Les dispositions des articles R. 133-3, R. 133-5 à R. 133-7 sont applicables à la contrainte instituée par l'article L. 133-4.

IV.-Pour le régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, l'indu est recouvré par le directeur de la caisse de base selon les modalités définies ci-dessus.

Article R133-9-2

L'action en recouvrement de prestations indues s'ouvre par l'envoi au débiteur par le directeur de l'organisme compétent d'une notification de payer le montant réclamé par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Cette lettre précise le motif, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements donnant lieu à répétition. Elle mentionne l'existence d'un délai de deux mois imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées et les modalités selon lesquelles les indus de prestations pourront être récupérés, le cas échéant, par retenues sur les prestations à venir. Elle indique les voies et délais de recours ainsi que les conditions dans lesquelles le débiteur peut, dans le délai mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 142-1, présenter ses observations écrites ou orales.

A l'expiration du délai de forclusion prévu à l'article R. 142-1 ou après notification de la décision de la commission instituée à ce même article, le directeur de l'organisme créancier compétent, en cas de refus du débiteur de payer, lui adresse par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception une mise en demeure de payer dans le délai d'un mois qui comporte le motif, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement, les voies et délais de recours et le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées.

Article R133-9-3

Lorsqu'à la suite d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 les caisses adressent une notification de payer des sommes indûment perçues au regard des dispositions de l'article L. 162-22-6, elles procèdent, avec l'accord de l'établissement, à la compensation entre les sommes indûment perçues par l'établissement et les sommes dues par la caisse au titre des sous-facturations, le cas échéant, constatées à l'occasion du contrôle, en précisant la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues par la caisse au titre de ces sous-facturations.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 3 bis : Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations

Section 1 : Modernisation et simplification des formalités au regard des entreprises

Sous-section 1 : Comité de normalisation des données sociales déclaratives et de leurs échanges

Article R133-10

Il est institué un comité de normalisation des données sociales déclaratives et de leurs échanges, placé auprès des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, sous l'autorité d'un président nommé par eux, et où sont représentés les administrations et organismes intéressés.

Article R133-11

Le comité établit un document dénommé " référentiel des données sociales ", au vu du recensement des éléments figurant dans l'ensemble des déclarations incombant aux employeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires ou de stipulations conventionnelles rendues obligatoires par de telles dispositions.

Il soumet à l'approbation des ministres une proposition de norme d'échanges pour l'application du II de l'article L. 133-5-4, sous la forme d'un document appelé " cahier technique de la norme ", accompagné d'un rapport présentant les choix effectués et leur impact.

Il propose, sous les mêmes formes, toute modification de nature à permettre notamment une simplification de la norme et des déclarations effectuées au moyen de celle-ci.

Le comité peut être saisi par les ministres cités à l'article R. 133-10 de toute question relative à la normalisation des données sociales.

Le comité se réunit au moins une fois par an en formation plénière. Dans l'intervalle, l'ensemble de ses compétences est exercé par le collège mentionné à l'article R. 133-12.

Le comité fait rapport de ses travaux une fois par an aux ministres cités à l'article R. 133-10.

Article R133-12

Les propositions relatives à la norme d'échanges sont adoptées dans une formation restreinte dénommée collège, où sont notamment représentés des administrations intéressées, des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale et d'autres organismes de protection sociale.

Un arrêté conjoint des ministres précise les modalités d'organisation et de fonctionnement du comité et du collège et fixe la liste des administrations et organismes qui les composent respectivement.

Sous-section 2 : Déclaration sociale nominative

Article R133-13

I.-L'employeur qui effectue une déclaration sociale nominative dans les conditions prévues à l'article L. 133-5-3 transmet à l'organisme compétent mentionné au II la déclaration sociale nominative, souscrite mensuellement par établissement et pour chacun des salariés, et déclare les événements concernant ces salariés survenus au cours du mois considéré.

La déclaration sociale nominative comporte les données relatives à l'identification de l'employeur et du salarié, les caractéristiques de l'emploi exercé, le détail des rémunérations versées au salarié au cours du mois précédent ainsi que l'assiette, les cotisations et les contributions sociales dues au titre de ces rémunérations.

En outre, sont déclarés les événements suivants :

1° Le début et la fin de l'arrêt de travail pour cause d'accident ou de maladie d'origine professionnelle ou non professionnelle, de congé de maternité, d'adoption ou de paternité et d'accueil de l'enfant ;

2° La fin du contrat de travail.

II.-Les déclarations mentionnées au I sont accomplies :

1° S'il s'agit d'un employeur dont le personnel relève du régime général de sécurité sociale ou d'un ou plusieurs régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1, auprès de l'URSSAF ou de la caisse générale de sécurité sociale dont il relève ;

2° S'il s'agit d'un employeur dont le personnel relève du régime de la protection sociale agricole, auprès de la caisse de mutualité sociale agricole dont il relève.

III.-Ces déclarations sont effectuées par échange de données informatisées selon une norme d'échanges proposée par le comité prévu par l'article R. 133-10 et approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. La norme prévoit également les modalités de transmission des données permettant un paiement des cotisations ou contributions sociales sous forme dématérialisée.

Après réception de la transmission dématérialisée des déclarations, les organismes mentionnés au II délivrent à l'employeur un certificat de conformité pour chaque déclaration transmise précisant que celle-ci est conforme à la norme d'échanges. A défaut, l'employeur est informé des anomalies ou données manquantes dans la déclaration transmise.

La délivrance du certificat de conformité ne fait pas obstacle aux demandes effectuées auprès de l'employeur par les organismes, les administrations ou les salariés, de rectifier ou mettre à jour les données inexactes ou incomplètes dans la déclaration sociale nominative du ou des mois suivants.

Article R133-14

I.-La déclaration sociale nominative effectuée au titre de la paie d'un mois est adressée au plus tard :

1° Le 5 du mois civil suivant lorsque les cotisations de sécurité sociale sont acquittées mensuellement à cette date ;

2° Le 15 du mois civil suivant dans les autres cas.

Toutefois, lorsque l'un des événements mentionnés au deuxième alinéa du II survient pendant la période comprise entre le premier jour du mois civil et le jour précédant la date d'échéance prévue au 2° et que le délai fixé pour la transmission de l'événement expire avant la date d'échéance prévue au 2°, la déclaration sociale nominative relative aux rémunérations du mois civil précédant celui au cours duquel l'événement est intervenu doit être transmise dans le même délai que celui fixé pour la transmission de l'événement.

Si le délai imparti pour effectuer la déclaration sociale nominative expire un jour férié ou non ouvré, il est prorogé jusqu'au jour ouvrable suivant.

La déclaration sociale nominative est accomplie chaque mois même si aucune rémunération n'a été versée au cours de celui-ci tant que l'employeur n'a pas demandé la radiation de son compte auprès de l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale dont il relève.

II.-La déclaration des événements mentionnés au I de l'article R. 133-13 est effectuée au plus tard en même temps que la déclaration sociale nominative relative au mois au cours duquel cet événement est survenu.

Toutefois, sont déclarés dans un délai fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'emploi, qui ne peut excéder cinq jours ouvrés, la fin du contrat de travail ainsi que, lorsque l'employeur n'est pas subrogé dans les droits de l'assuré aux indemnités journalières, le début et la fin de l'arrêt de travail pour cause d'accident ou de maladie d'origine professionnelle ou non professionnelle, de congé de maternité, d'adoption ou de paternité et d'accueil de l'enfant.

Les dispositions du précédent alinéa ne sont pas applicables :

1° Lorsqu'aucune retenue au titre de l'arrêt de travail n'a été effectuée sur le salaire du mois au cours duquel l'arrêt de travail a débuté ;

2° Pour les fins de contrat de mission des salariés des entreprises de travail temporaire, les fins de contrat à durée déterminée des salariés des associations intermédiaires et des salariés des secteurs d'activité prévus au 3° de l'article L. 1242-2 du code du travail, conformément aux modalités mises en œuvre pour l'application des articles R. 1234-9 à R. 1234-12 du même code, sauf si le salarié demande à ce qu'il soit fait application du délai mentionné au deuxième alinéa du II.

Dans les cas prévu au 1° et au 2°, l'obligation déclarative s'effectue dans le délai mentionné au premier alinéa du II.

III.-Le défaut de production de la déclaration sociale nominative dans les délais prescrits, l'omission de salariés devant y figurer ou l'inexactitude des rémunérations déclarées dans la déclaration sociale nominative entraîne l'application de la pénalité prévue aux articles R. 243-16 du présent code et R. 741-22 du code rural et de la pêche maritime. Cette pénalité est recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues à l'article R. 243-19 du présent code et à l'article R. 741-24 du code rural et de la pêche maritime.

Si la déclaration est effectuée selon un autre moyen que la déclaration sociale nominative, la pénalité est égale au tiers de celle prévue à l'alinéa précédent.

IV.-Dès lors que lui a été délivré le certificat de conformité mentionné à l'article R. 133-13, l'employeur est réputé avoir accompli les déclarations, délivré les attestations et répondu aux enquêtes citées aux 1° à 7° sous les conditions fixées à ces mêmes alinéas :

1° L'attestation mentionnée aux articles R. 323-10 et R. 441-4 du présent code et celle jointe à la déclaration prévue à l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime s'il a effectué pour le salarié concerné une déclaration sociale nominative au titre des salaires versés au cours de la période de référence servant à déterminer le gain journalier de base pour le calcul des prestations en espèces de l'assurance maladie, maternité et paternité ou le salaire journalier servant au calcul des indemnités journalières dues au titre du risque accident du travail et maladies professionnelles, ainsi que la déclaration de l'événement mentionné au 1° du I de l'article R. 133-13 du présent code ;

2° L'attestation mentionnée à l'article R. 1234-9 ainsi que le formulaire prévu à l'article L. 1251-46 du code du travail s'il a effectué pour le salarié concerné une déclaration sociale nominative au titre des salaires versés au cours de la période de référence servant à déterminer l'allocation mentionnée à l'article L. 5422-1 du même code, ainsi que la déclaration de l'événement mentionné au 2° du I de l'article R. 133-13 du présent code ;

3° La déclaration prévue à l'article L. 1221-16 du code du travail s'il a effectué au titre du mois précédent une déclaration sociale nominative pour tous ses salariés ;

4° L'enquête statistique sur les mouvements de main-d'œuvre s'il a effectué au titre de chaque mois du trimestre civil précédent une déclaration sociale nominative pour tous ses salariés ;

5° La déclaration prévue à l'article R. 243-13 s'il a effectué au titre du mois précédent une déclaration sociale nominative pour tous ses salariés ;

6° La déclaration prévue au III de l'article L. 133-5-4 s'il a effectué au cours de l'année civile, et au plus tard à l'occasion de la paie du mois de janvier de l'année suivante, une ou plusieurs déclarations sociales nominatives faisant ressortir la régularisation des cotisations et contributions sociales pour ses salariés ;

7° La déclaration des effectifs prévue au code de la sécurité sociale s'il a effectué chaque mois de l'année civile une déclaration sociale nominative pour tous ses salariés (1).

Sous-Section 3 : Déclaration annuelle de données sociales

Article R133-18

Le défaut de production de la déclaration annuelle des données sociales dans les délais prescrits, l'omission de salariés devant y figurer ou l'inexactitude des rémunérations déclarées fait encourir l'application de la pénalité prévue au III de l'article R. 133-14. Cette pénalité est recouvrée selon les modalités prévues au même article.

Pour chaque salarié déclaré, toute omission et toute inexactitude de données autres que la rémunération dans la déclaration annuelle des données sociales fait encourir à l'employeur une pénalité égale à un tiers du montant mentionné à l'alinéa précédent.

Le montant des pénalités encourues est limité, par salarié, à hauteur du montant mentionné au deuxième alinéa du IV de l'article L. 133-5-4.

Section 2 : Interlocuteur social unique pour les indépendants

Article R133-19

Pour l'exercice de la mission de l'interlocuteur social unique défini à l'article L. 133-6 et dans le respect des compétences définies, pour chacun de ces organismes, aux articles L. 133-6-1 à L. 133-6-5, notamment des compétences de leurs directeurs respectifs, sont conclues :

1° Une convention de gestion nationale entre la Caisse nationale du régime social des indépendants et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

La convention nationale détermine les modalités du pilotage national, les objectifs stratégiques en matière de qualité de service, de performance du recouvrement et de maîtrise des risques, les modalités d'évaluation périodique des résultats des caisses de base du régime social des indépendants et des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, ainsi que les modalités selon lesquelles les caisses nationales peuvent être saisies des difficultés rencontrées par ces caisses et ces organismes dans l'application des conventions régionales.

2° Des conventions de gestion régionales entre les caisses de base du régime social des indépendants et les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

Les conventions régionales, dont le modèle est défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, déterminent notamment :

- a) Les fonctions liées à la gestion des données individuelles utiles pour le calcul et le recouvrement des cotisations et contributions sociales faisant l'objet d'une gestion commune, l'organisation retenue pour les mettre en œuvre, les outils techniques mobilisés et les personnels affectés à ces fonctions ;
- b) Les modalités d'articulation des fonctions définies au a avec les fonctions restant réalisées exclusivement par chaque caisse ou organisme ;
- c) Les modalités selon lesquelles la réalisation d'opérations matérielles peut être confiée aux agents de l'un ou l'autre caisse ou organisme.

Article R133-20

I. - Les organismes de recouvrement du régime général mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 peuvent, en application du I de l'article L. 133-6-4, si aucune autre cotisation ou contribution sociale n'est due par le travailleur indépendant, effectuer toute opération de recouvrement amiable jusqu'au trentième jour suivant la date d'échéance ou la date limite de paiement lorsqu'elle est distincte et proposer à l'intéressé un échéancier de paiement qui ne peut excéder quatre-vingt-dix jours.

Les majorations de retard et les pénalités exigibles peuvent faire l'objet d'une remise par le directeur de l'organisme concerné soit en cas de paiement intégral dans le délai de trente jours suivant la date d'échéance ou la date limite de paiement, soit dans le cadre de l'échéancier de paiement mentionné au premier alinéa. Cette remise est effectuée dans les conditions fixées au I de l'article R. 243-20.

Le directeur de l'organisme de recouvrement concerné procède, si les conditions prévues à l'article R. 243-19-1 sont remplies, à une remise automatique des majorations et pénalités.

Toutefois, aucune remise ne peut être accordée sur les majorations ou pénalités portant sur des cotisations et contributions sociales dues, à titre personnel, à la suite du constat de l'infraction relative au travail dissimulé défini à l'article L. 324-10 du code du travail.

II. - Le régime social des indépendants assure, en cas d'incident de paiement, les opérations de recouvrement lorsque le travailleur indépendant est déjà redevable de cotisations ou contributions sociales ou en l'absence de paiement intégral ou d'octroi d'un échéancier de paiement avant le trente et unième jour suivant la date mentionnée au premier alinéa du I.

La remise des majorations et pénalités peut être accordée dans les conditions fixées à l'article R. 243-19-1 ou au I de l'article R. 243-20, sauf si celles-ci portent sur des cotisations et contributions sociales dues, à titre personnel, à la suite du constat de l'infraction relative au travail dissimulé défini à l'article L. 324-10 du code du travail.

L'encaissement des cotisations et contributions sociales en cause est effectué par les organismes mentionnés au I.

Article R133-21

Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, après une vérification des déclarations transmises par un travailleur indépendant, effectuée en application du deuxième alinéa de l'article L. 133-6-5 et conformément aux articles R. 243-43-3 et R. 243-43-4, transmettent leurs observations ainsi que les réponses du travailleur indépendant à la caisse de base du régime social des indépendants dont relève celui-ci. Cette caisse assure la mise en recouvrement des sommes dues à l'issue de cette vérification.

Lorsque le contrôle est effectué dans les conditions définies à l'article R. 243-59 ou à l'article R. 243-59-3, le procès-verbal de contrôle, faisant état des observations de l'inspecteur ou du contrôleur du recouvrement, accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'intéressé et de celle de l'inspecteur ou du contrôleur du recouvrement, est, par dérogation aux dispositions du septième alinéa de l'article R. 243-59, transmis à la caisse de base du régime social des indépendants dont relève le cotisant contrôlé, pour mise en recouvrement des sommes dues.

L'encaissement des cotisations et contributions sociales mises en recouvrement suite à une vérification des déclarations ou à un contrôle est effectué par les organismes de recouvrement mentionnés au I de l'article R. 133-20.

La caisse de base du régime social des indépendants assure, le cas échéant, le recouvrement contentieux de ces cotisations et contributions sociales.

Article R133-22

I. - Il est institué entre le régime social des indépendants et les organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale un comité national et des comités locaux de concertation et de coordination, chargés de mettre en oeuvre les missions de coordination définies au 2° bis de l'article L. 225-1-1 et au 11° de l'article L. 611-4.

II. - Le comité national de concertation et de coordination comprend :

1° Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, président ;

2° Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou son représentant ;

3° Le directeur de chaque caisse nationale ou son représentant ;

4° Quatre directeurs des caisses de base du régime social des indépendants ou leurs représentants, désignés par le directeur général de la caisse nationale ;

5° Quatre directeurs des organismes de recouvrement du régime général ou leurs représentants, désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Le comité national se réunit au moins deux fois par an et à la demande du président du conseil d'administration ou du directeur de la Caisse nationale du régime social des indépendants, du président du conseil d'administration ou du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale et un représentant du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales assistent aux réunions du comité national et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Le comité national est chargé de veiller à l'application concertée et coordonnée pour les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales des orientations nationales définies par le régime social des indépendants, conformément aux articles L. 133-6-4 et L. 133-6-5, en matière de recouvrement amiable et contentieux des cotisations et contributions sociales dues par les travailleurs indépendants en difficulté et en matière de contrôle.

Il peut donner des instructions aux organismes locaux et formuler des propositions aux autorités compétentes de l'Etat.

Le comité national établit chaque année un rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales.

III. - Un comité local de concertation et de coordination est institué dans le ressort territorial de chaque caisse de base du régime social des indépendants.

Il comprend :

1° Le directeur de la caisse de base du régime social des indépendants ou son représentant, président ;

2° Deux agents de direction de la caisse de base du régime social des indépendants ou leurs représentants, désignés par le directeur de cette caisse ;

3° Deux directeurs des organismes de recouvrement du régime général dont le siège est situé dans le même ressort territorial, ou leurs représentants.

Le président de la caisse de base du régime social des indépendants ou son représentant et le président ou un administrateur issu du collège des travailleurs indépendants de l'un des organismes de recouvrement mentionnés au 3°, ou leur représentant, assistent aux réunions du comité local.

Un membre du service mentionné à l'article R. 155-1 peut assister aux réunions et représenter l'Etat auprès du comité local.

Le comité local se réunit au moins une fois par trimestre et à la demande du président ou du directeur de la caisse de base du régime social des indépendants, du président ou de l'administrateur ou de l'un des directeurs des organismes de recouvrement mentionnés au 3°.

Le comité local veille à l'application, de façon concertée et coordonnée, des orientations nationales en matière de recouvrement et de contrôle et s'assure que les dossiers des personnes en difficulté exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales sont traités de manière harmonisée.

Il remet chaque année un rapport d'activité au Comité national de concertation et de coordination.

Article R133-23

I. - La commission d'action sociale du régime social des indépendants mentionnée à l'article L. 133-6-6 est chargée de :

1° Définir, dans le respect des objectifs définis, conformément au 4° de l'article R. 611-18, par la convention d'objectifs et de gestion mentionnée au I de l'article L. 611-7, les orientations générales de l'action sociale en

faveur des travailleurs indépendants éprouvant des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales auprès de ce régime ;

2° Définir les critères généraux de la mise en oeuvre de cette action sociale ;

3° Etablir un bilan annuel de cette mise en oeuvre.

II. - La commission d'action sociale comprend :

1° Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, président ;

2° Six représentants des travailleurs indépendants, désignés en son sein par le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants, pour la durée de leur mandat au conseil d'administration.

Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ou son représentant choisi parmi les membres du conseil d'administration de l'agence centrale issus du collège des travailleurs indépendants, le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants, ou son représentant, et le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ou son représentant, assistent aux réunions de la commission à titre consultatif.

Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale et un représentant du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales, ainsi que le contrôleur budgétaire de l'Etat prévu au II de l'article R. 611-1, assistent aux réunions de la commission et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Le président de la commission a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

III. - Pour chaque branche et régime mentionnés à l'article L. 611-2, le plafond des ressources utilisables pour la mise en oeuvre de l'action sociale est fixé dans le cadre des conventions, mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7, conclues entre l'Etat et, respectivement, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Le taux de prélèvement opéré chaque année, au titre de l'action sociale, sur les ressources de chaque branche et régime mentionnés à l'article L. 611-2 est déterminé par le rapport entre le montant des aides attribuées au cours de la même année par le régime social des indépendants au titre de la prise en charge des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et travailleurs indépendants à chacune des branches ou à chacun des régimes et le montant de leurs recettes.

Le prélèvement sur les ressources du régime social des indépendants s'effectue, pour chacune de ces branches et chacun de ces régimes, à due proportion de leur prise en charge respective au titre de l'aide accordée pour le paiement des sommes dues.

IV. - L'action sociale en faveur des travailleurs indépendants éprouvant des difficultés pour régler leurs cotisations et contributions sociales auprès du régime social des indépendants est affectée au paiement des sommes dues dans les conditions prévues au III de l'article L. 133-6-4.

V. - La répartition des crédits du fonds national d'action sociale entre les caisses de base s'effectue dans le cadre des contrats pluriannuels de gestion mentionnés au II de l'article L. 611-7, en fonction de critères définis par la commission d'action sociale.

Article R133-25

Les dispositions des articles R. 612-4, R. 612-9 à R. 612-12, R. 612-17 et R. 652-2 à R. 652-9 sont applicables au recouvrement des cotisations d'allocations familiales et contributions sociales dues par les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales.

Article R133-26

I.-Les cotisations et contributions sociales annuelles dues, à titre personnel, par un travailleur indépendant sont acquittées par versements mensuels d'un montant égal, effectués par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou un compte d'épargne. Les versements mensuels sont exigibles à la date de prélèvement mentionnée au deuxième alinéa.

Le travailleur indépendant communique à la caisse de base du régime social des indépendants dont il relève son choix de la date de prélèvement entre le 5 ou le 20 de chaque mois, ainsi qu'une autorisation de prélèvement. A défaut de choix d'une date de prélèvement, les cotisations et contributions sociales sont exigibles le 5 de chaque mois. En l'absence d'autorisation de prélèvement, les cotisations et contributions sociales sont exigibles conformément aux dispositions de l'article R. 133-27.

La date de prélèvement peut être modifiée une fois par année civile, et la demande prend effet au plus tard le deuxième mois suivant celui de sa réception.

II.-Les cotisations et contributions sociales provisionnelles sont prélevées du mois de janvier au mois de décembre, en douze versements mensuels d'un montant égal.

Le complément de cotisations et contributions sociales résultant de la régularisation et de l'ajustement est recouvré selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article R. 131-4 ou au dernier alinéa du I de l'article R. 131-5, en autant de versements, d'un montant égal, que de versements provisionnels de l'année en cours restant à échoir.

Lorsque la régularisation et l'ajustement font apparaître un trop-versé, celui-ci est remboursé à l'intéressé selon les modalités prévues au deuxième alinéa de l'article R. 131-4 ou au sixième alinéa du I de l'article R. 131-5.

III.-Les cotisations et contributions sociales dues, à titre définitif, par les travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou dans les collectivités de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin sont prélevées en douze fractions égales.

IV.-Si un prélèvement mensuel n'est pas effectué à sa date d'exigibilité, la somme est recouvrée avec le prélèvement mensuel suivant. Si deux prélèvements consécutifs ne sont pas effectués à leur date d'exigibilité,

le recouvrement des sommes restant dues au titre de l'année en cours est poursuivi trimestriellement dans les conditions mentionnées au quatrième alinéa de l'article R. 133-27.

Les dispositions relatives aux majorations de retard mentionnées à l'article R. 243-18 sont applicables à compter du deuxième incident de paiement consécutif au cours d'une même année civile.

Article R133-27

I.-Par dérogation au premier alinéa de l'article R. 133-26, le travailleur indépendant peut demander à acquitter les cotisations et contributions sociales provisionnelles ou les cotisations définitives mentionnées au premier alinéa de l'article L. 756-5, pour les départements mentionnés à l'article L. 751-1 et pour les collectivités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, par versements trimestriels d'un montant égal, exigibles le 5 février, le 5 mai, le 5 août et le 5 novembre.

L'option pour le paiement trimestriel est exercée avant le 1er décembre pour prendre effet le 1er janvier de l'année suivante.

Toutefois, le travailleur indépendant peut demander en cours d'année que le versement trimestriel intervienne à la date de la prochaine échéance trimestrielle qui suit d'au moins trente jours la date de cette demande.

Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent et du premier alinéa du IV de l'article R. 133-26, les cotisations et contributions sociales provisionnelles restant dues, le cas échéant, au titre de l'année en cours sont acquittées aux dates prévues au premier alinéa en autant d'échéances trimestrielles, d'un montant égal, qu'il reste d'échéances trimestrielles jusqu'à la fin de l'année civile en cours.

Le complément de cotisations et contributions sociales résultant de la régularisation de celles de l'année précédente et de l'ajustement des cotisations et contributions provisionnelles de l'année en cours est recouvré selon les modalités prévues à l'article R. 131-4 ou au I de l'article R. 131-5, en autant de versements, d'un montant égal, que de versements provisionnels de l'année en cours restant à échoir. Le trop-versé éventuel est remboursé au travailleur indépendant selon les modalités prévues à l'article R. 131-4 ou au I de l'article R. 131-5. Il est appliqué aux cotisations et contributions sociales qui ne sont pas versées à la date d'exigibilité les majorations de retard mentionnées à l'article R. 243-18.

II.-Le renoncement à l'option prévue au I prend effet au plus tard le deuxième mois suivant celui au cours duquel les éléments mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article R. 133-26 sont réceptionnés.

Les cotisations et contributions sociales provisionnelles restant dues pour l'année en cours sont prélevées en autant de mensualités, d'un montant égal, qu'il reste de mois civils entre la date d'effet du renoncement et la fin de l'année considérée. Le cas échéant, le complément résultant de la régularisation des cotisations et contributions sociales de l'année précédente et de l'ajustement des cotisations provisionnelles de l'année en cours est prélevé lors des échéances restantes de l'année en cours.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les cotisations et contributions sociales restant dues pour l'année en cours, par les travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou dans les collectivités de Saint-Barthélemy ou de Saint-Martin, sont payées en autant de mensualités, d'un montant égal, qu'il reste de mois civils entre la date d'effet du renoncement et le 31 décembre de cette même année.

Article R133-28

Les modalités de paiement retenues conformément aux dispositions des articles R. 133-26 et R. 133-27 s'appliquent simultanément à l'ensemble des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 131-6, à l'article L. 136-3 et à l'article 14, chapitre II, de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1.

Article R133-29

En cas de début d'activité professionnelle, ou de reprise d'activité au sens de l'article R. 242-16, la première exigibilité des cotisations et contributions sociales provisionnelles ne peut intervenir, par dérogation au I de l'article R. 133-26 ou au premier alinéa du I de l'article R. 133-27, moins de quatre-vingt-dix jours après le début ou la reprise d'activité.

Les cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa, dues au titre de l'année de début ou de reprise d'activité, sont exigibles et recouvrées :

1° En cas de prélèvement mensuel, en autant de versements, d'un montant égal, qu'il reste de mois civils compris entre la date d'effet du prélèvement et le 31 décembre de la première année d'activité ;

2° En cas de paiement trimestriel, par versements, d'un montant égal, aux échéances restant à intervenir du début ou de la reprise d'activité à la fin de l'année civile.

Le cas échéant, ces cotisations et contributions sont réparties, ou bien sur les versements provisionnels mensuels, ou bien sur les versements trimestriels de la deuxième année civile d'activité.

Section 2 bis : Modernisation et simplification des formalités au regard des travailleurs indépendants

Article R133-29-2

En dehors des situations dans lesquelles elle est demandée par le travailleur indépendant ou par tout autre organisme de sécurité sociale, la radiation d'un travailleur indépendant en application de l'article L. 133-6-7-1 peut être décidée à l'initiative du directeur de la caisse de base du régime social des indépendants compétente. Lorsque le directeur de la caisse de base du régime social des indépendants ou de tout autre organisme de sécurité sociale envisage de procéder à la radiation d'un travailleur indépendant en application des dispositions de l'article L. 133-6-7-1, il informe les autres régimes de sécurité sociale auxquels ce dernier est affilié de l'engagement à l'encontre de celui-ci d'une procédure de radiation et leur communique toute information justifiant la radiation. Les organismes informés en application de l'alinéa précédent peuvent, dans le délai de quinze jours à compter de la date de réception de l'information, transmettre tout élément de nature à établir la poursuite de l'activité ou le caractère injustifié de la procédure de radiation. A l'expiration de ce délai, le directeur de la caisse de base du régime social des indépendants ou de tout autre organisme de sécurité sociale informe le travailleur indépendant, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, de ses obligations déclaratives et, le cas échéant, du montant des cotisations dues ainsi que de l'engagement d'une procédure de radiation à son encontre. Le travailleur indépendant est informé également de la date d'effet de la radiation. Le travailleur indépendant dispose d'un mois à compter de la date de réception de cette information pour faire valoir ses observations, notamment quant à la poursuite de la procédure de radiation, et fournir, le cas échéant, les déclarations de revenus qui n'ont pas été adressées. En l'absence de réponse ou de transmission des déclarations de revenus manquantes, le directeur de la caisse de base du régime social des indépendants ou de tout autre organisme de sécurité sociale peut procéder à la radiation de cette personne. La décision de radiation est notifiée à l'intéressé par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de sa réception. Elle mentionne les voies et délais de recours.

Article R133-29-3

Les dispositions des articles R. 243-18, R. 243-19 à R. 243-20-2, R. 243-21 et R. 244-2 sont applicables au recouvrement des cotisations et contributions sociales, majorations et pénalités dues par les travailleurs indépendants. Lorsque les sommes sont inférieures à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et sous réserve des dispositions de l'article R. 133-20, le directeur de la caisse d'appartenance du débiteur peut accorder, dans les conditions prévues au I de l'article R. 243-20, une remise des majorations de retard encourues en cas de non-respect d'une échéance ou d'une date limite de paiement ainsi que de la majoration prévue au quatrième alinéa de l'article L. 131-6-2. A partir de ce seuil, il est statué, conformément à l'article R. 243-20, par la commission de recours amiable de cette caisse, sur proposition du directeur de celle-ci. Aucune remise ne peut être accordée sur les majorations ou pénalités portant sur des cotisations et contributions sociales dues, à titre personnel, à la suite du constat de l'infraction relative au travail dissimulé défini à l'article L. 8221-3 du code du travail. Si le débiteur produit des garanties suffisantes, le directeur de sa caisse d'affiliation a la possibilité d'accorder des sursis à poursuite pour le règlement des cotisations et contributions sociales, des pénalités et des majorations de retard.

Section 2 ter : Déclaration et règlement simplifiés des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants-Régime micro-social

Article R133-30-1

I.-La déclaration et le paiement des cotisations et contributions sociales dues par le travailleur indépendant relevant des dispositions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 133-6-8 s'effectuent selon une périodicité mensuelle ou, sur demande de l'intéressé, selon une périodicité trimestrielle.

La demande prévue à l'alinéa précédent est adressée par le travailleur indépendant à la caisse mentionnée à l'article L. 611-8 dont il relève, par tout moyen permettant d'apporter la preuve de sa date de réception, dans le délai d'un mois suivant la date à compter de laquelle il est soumis au régime défini à l'article 50-0 ou à l'article 102 ter du code général des impôts. En cas de création ou de reprise d'une activité, le travailleur indépendant peut présenter sa demande au centre de formalités des entreprises prévu à l'article R. 123-1 du code de commerce qui transmet le formulaire à la caisse.

L'option pour la déclaration et le paiement trimestriels vaut pour l'année civile. Elle est tacitement reconduite l'année suivante, sauf modification demandée par le travailleur indépendant à la caisse mentionnée au deuxième alinéa du présent I lors de sa déclaration du chiffre d'affaires ou des recettes et au plus tard à l'occasion de sa déclaration du quatrième trimestre de l'année précédant celle au titre de laquelle la demande est effectuée.

II.-La demande prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 133-6-8 est exercée par l'envoi, à la caisse mentionnée à l'article L. 611-8 dont relève le travailleur indépendant, du formulaire dont le modèle est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du commerce et de l'artisanat et des professions libérales. En cas de création ou de reprise d'une activité, le travailleur indépendant peut présenter sa demande au centre de formalités des entreprises prévu à l'article R. 123-1 du code de commerce qui transmet le formulaire à la caisse.

Cette demande s'applique jusqu'à la fin de l'année civile correspondante. Elle est tacitement reconduite chaque année civile, sauf modification demandée par le travailleur indépendant à la caisse mentionnée au premier alinéa du présent II, au plus tard le 31 octobre de l'année précédant celle au titre de laquelle la demande est effectuée.

Le travailleur indépendant ayant effectué la demande de modification mentionnée à la seconde phrase de l'alinéa précédent souscrit la déclaration prévue à l'article R. 131-1 au titre des revenus de la dernière année où il bénéficie des dispositions prévues aux deuxième à sixième alinéas du I de l'article L. 133-6-8. Il reçoit un échéancier de paiement valant appel des cotisations et contributions sociales dues au titre de cet exercice.

III.-Les informations mentionnées au I et au II du présent article relatives aux travailleurs indépendants relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse et qui sont soumis aux dispositions du premier alinéa du I de l'article L. 133-6-8 sont transmises à cette caisse.

Article R133-30-2

Le travailleur indépendant relevant des dispositions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 133-6-8 et, le cas échéant, de celles de l'article 151-0 du code général des impôts communique selon la périodicité mentionnée au I de l'article R. 133-30-1 à l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations et contributions sociales le formulaire dont le modèle est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du commerce et de l'artisanat et des professions libérales.

Le formulaire mentionne le montant du chiffre d'affaires ou le montant des recettes, qui sont pris en compte pour la détermination des régimes d'imposition définis respectivement aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts et qui ont été réalisés au cours du mois ou du trimestre civil précédent, le montant de ses cotisations et contributions sociales correspondantes et, le cas échéant, le montant de l'impôt sur le revenu dû au titre de cette période.

Il est transmis, daté et signé, accompagné, le cas échéant du règlement des sommes dues, au plus tard :

a) Pour les travailleurs indépendants procédant au versement mensuel, le dernier jour du mois qui suit l'échéance mensuelle précédente ;

b) Pour les travailleurs indépendants ayant opté pour le versement trimestriel, les 30 avril, 31 juillet, 31 octobre et 31 janvier.

En l'absence de chiffre d'affaires ou de recettes, le travailleur indépendant souscrit la déclaration dans les mêmes conditions en y portant la mention " néant " en lieu et place du montant du chiffre d'affaires ou de recettes.

Article R133-30-2-1

Lorsque la déclaration mentionnée à l'article L. 133-6-8-1 n'a pas été souscrite aux dates prévues à l'article R. 133-30-2, le travailleur indépendant est redevable pour chaque déclaration non souscrite d'une pénalité d'un montant égal à 1,50 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur arrondi à l'euro supérieur.

Article R133-30-2-2

Lorsqu'une ou plusieurs déclarations afférentes à une année civile n'ont pas été souscrites à la dernière date d'exigibilité mentionnée à l'article R. 133-30-2, les cotisations et contributions sont calculées forfaitairement par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, par déclaration trimestrielle ou mensuelle non souscrite, respectivement sur le quart ou le douzième des plafonds mentionnés au b du 1° et au b du 2° du I de l'article 293 B du code général des impôts.

Ces montants sont majorés respectivement de 15 % ou de 5 % par déclaration manquante au titre de cette année civile.

La taxation ainsi déterminée est notifiée à l'intéressé dans le délai d'un mois suivant la date limite de déclaration.

Lorsque le travailleur indépendant effectue sa déclaration postérieurement à cette notification, le montant des cotisations et contributions dues est régularisé en conséquence.

Dans ce cas, la pénalité prévue à l'article R. 133-30-2-1 est portée à 3 % du montant des cotisations et contributions dues. Cette pénalité peut faire l'objet d'une remise partielle dans les conditions prévues à

l'article R. 243-20. Elle peut également faire l'objet de sursis à poursuites accordés par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement, sous réserve qu'ils soient assortis de garanties du débiteur.

Article R133-30-2-3

Lorsque le travailleur indépendant cesse de remplir les conditions requises pour relever des dispositions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 133-6-8, la perte du bénéfice de ce régime est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'intéressé dispose d'un délai d'un mois pour contester cette décision.

Article R133-30-3

Par dérogation à l'article R. 133-30-2, en cas de création ou de reprise d'activité, la première déclaration du chiffre d'affaires ou de recettes et le paiement correspondant portent sur les sommes dues pour la période comprise entre le début ou la reprise d'activité et la fin :

- a) Soit des trois mois civils consécutifs suivants, pour les travailleurs indépendants procédant au versement mensuel ;
- b) Soit du trimestre civil suivant, pour les travailleurs indépendants ayant opté pour le versement trimestriel.

Article R133-30-4

Le créateur d'entreprise relevant des professions artisanales et commerciales qui bénéficie d'une exonération de cotisations de sécurité sociale en vertu des dispositions du second alinéa de l'article L. 756-5 du code de la sécurité sociale, de l'article 14 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 modifiée relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ou de l'article 146 modifié de la loi n° 2001-1275 du 28 décembre 2001 de finances pour 2002 et qui relève des dispositions du premier alinéa du I de l'article L. 133-6-8, bénéficie de ces dispositions à l'issue de la période d'exonération.

Par dérogation aux articles R. 133-30-2 et R. 133-30-3, la première déclaration de chiffre d'affaires ou de recettes et le paiement correspondant portent sur les sommes dues pour la période comprise entre la date de fin du bénéfice de l'exonération et la fin du mois ou du trimestre civil suivant.

Article R133-30-5

En cas de cessation d'activité, le travailleur indépendant en informe le centre de formalités des entreprises en application des dispositions de l'article R. 123-1 du code de commerce , qui communique cette information à l'organisme de sécurité sociale concerné.

Dans tous les autres cas d'abandon ou de perte du bénéfice des dispositifs prévus aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts, il en informe directement la caisse mentionnée à l'article R. 133-30-1.

Article R133-30-6

En cas de non-paiement des sommes dues aux dates prévues à l'article R. 133-30-2, les dispositions des articles R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1 et R. 243-20 sont applicables.

Les dispositions des articles R. 243-19, R. 243-19-1 et R. 243-20 sont applicables à la pénalité mentionnée aux articles R. 133-30-2-1 et R. 133-30-2-2.

Article R133-30-9

Lorsque l'infraction de travail dissimulé au sens des articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail est constatée, l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations et contributions sociales procède, en application des dispositions de l'article L. 133-4-2, au recouvrement de la différence entre :

-d'une part, le montant des cotisations et contributions, dont le travailleur indépendant est redevable, en application des articles L. 131-6, L. 136-3, L. 635-1, L. 635-5, L. 642-1, L. 644-1 et L. 644-2 et de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, au titre de l'activité effectivement réalisée au cours de la période durant laquelle l'infraction a été constatée ;

-d'autre part, le montant des cotisations et contributions calculées en application de l'article L. 133-6-8 au titre de cette période.

Article R133-30-10

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale reverse aux comptables publics compétents les sommes recouvrées en application du V de l'article 151-0 du code général des impôts aux dates fixées par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

Section 2 quater : Droits des cotisants

Article R133-30-11

I. - La demande du cotisant ou du futur cotisant mentionnée aux articles L. 133-6-9 et L. 133-6-10 est adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8, L. 641-1, L. 723-1 et L. 752-4, auprès desquels le cotisant est tenu de souscrire ses

déclarations ou de s'affilier. Elle peut également être remise en main propre contre décharge. La demande doit comporter :

1° Le nom et l'adresse du demandeur ;

2° Son numéro d'immatriculation s'il est déjà affilié aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-8, L. 641-1, L. 723-1 et L. 752-4 ;

3° Les indications relatives à la législation au regard de laquelle il demande que sa situation soit appréciée ;

4° Une présentation précise et complète de sa situation de fait, de nature à permettre à l'organisme d'apprécier si les conditions requises par la législation sont satisfaites.

Le cotisant ne peut adresser sa demande à l'organisme dès lors que lui a été notifié l'avis prévu par le premier alinéa de l'article R. 243-59.

II. - La demande est réputée complète si, dans le délai de trente jours à compter de sa réception, l'organisme n'a pas fait connaître au cotisant la liste des pièces ou des informations manquantes. L'organisme dispose d'un délai de trois mois, courant à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour notifier au cotisant sa réponse. Celle-ci est motivée et signée par le directeur ou le délégué de l'organisme.

Lorsque la demande du cotisant concerne les conditions d'affiliation au régime social des indépendants, celui-ci se prononce sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 311-11.

III. - Lorsqu'un organisme entend modifier pour l'avenir une décision explicite prise à la suite d'une demande présentée sur le fondement des dispositions de l'article L. 133-6-9, sa nouvelle décision, notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, est motivée et précise au cotisant :

1° Les voies et délais de recours contre cette nouvelle décision ;

2° La faculté prévue à l'article L. 133-6-9 de saisir à fin d'intervention, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la Caisse nationale du régime social des indépendants dans les trente jours suivant la notification de la décision.

IV. - La demande d'intervention adressée par le cotisant à la Caisse nationale du régime social des indépendants est réputée complète si, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, la Caisse nationale n'a pas fait connaître au cotisant, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces ou informations manquantes. La demande d'intervention complète fait l'objet par la caisse nationale d'un accusé de réception. Cet accusé mentionne les délais fixés par le V du présent article.

V. - Les délais de recours prévus à l'article R. 142-1 sont interrompus si la Caisse nationale du régime social des indépendants est saisie par une demande complète dans le délai fixé au 2° du III.

La demande d'intervention présentée à la caisse nationale n'a pour effet ni d'interrompre ni de suspendre les délais de prescription. La caisse nationale dispose d'un délai de quarante jours, courant à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour communiquer à l'organisme la position quant à l'interprétation à retenir et la transmettre pour information au cotisant.

Si, avant cette transmission, le cotisant présente une réclamation, devant la commission de recours amiable, contre la nouvelle décision prise par l'organisme, sa demande d'intervention de la caisse nationale devient caduque.

L'organisme notifie au cotisant la position prise par la caisse nationale dans le délai d'un mois à compter de sa réception.

Article R133-30-12

La Caisse nationale du régime social des indépendants transmet au ministre chargé de la sécurité sociale, au plus tard le 31 mars de chaque année, un rapport présentant une synthèse des principales questions posées ainsi que des réponses apportées dans le cadre de l'article L. 133-6-9.

Section 3 : Guichet unique pour le spectacle vivant

Article R133-31

L'organisme habilité par l'Etat mentionné à l'article L. 133-9 est désigné par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du travail.

Article R133-32

La mise en œuvre de l'obligation pour l'employeur de procéder aux déclarations obligatoires est régie par l'article R. 7122-29 du code du travail ci-après reproduit :

" Art. R. 7122-29.-L'employeur procède aux déclarations obligatoires mentionnées à l'article L. 7122-23 :

1° Soit au moyen d'un document appelé déclaration unique et simplifiée ;

2° Soit par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5 du code de la sécurité sociale. "

Article R133-33

Les règles relatives à la déclaration unique et simplifiée des employeurs au guichet unique du spectacle vivant sont fixées par l'article R. 7122-31 du code du travail.

Article R133-34

La mise en demeure mentionnée au 3° de l'article L. 133-9-2, adressée à l'employeur par l'organisme habilité par l'Etat à recevoir l'ensemble des cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle,

doit exposer la motivation des chefs de redressement ainsi que des majorations de retard prévues au 2° du même article et inviter l'intéressé à présenter ses observations dans un délai de quinze jours suivant sa notification.

Article R133-35

Les demandes de remise des majorations de retard ne sont recevables qu'après règlement de la totalité des cotisations et contributions ayant donné lieu à application des majorations et à la condition d'avoir été présentées dans les six mois suivant la date de ce règlement.

En cas de remise partielle, les majorations de retard dues aux organismes mentionnés à l'article L. 133-9-1 sont remises dans une proportion identique à due concurrence des montants dus.

Article R133-36

Le directeur de l'organisme habilité mentionné à l'article L. 133-9-1 peut, à la demande de l'employeur et après règlement intégral des cotisations salariales, accorder des délais de paiement jusqu'à concurrence de douze mois, pour le règlement des cotisations patronales, des pénalités et des majorations de retard. Ce délai doit être assorti de garanties du débiteur qui sont appréciées par le directeur de l'organisme habilité.

Article R133-37

La notification de la contrainte mentionnée au 3° de l'article L. 133-9-2 indique, à peine de nullité, le montant des créances à recouvrer, le délai dans lequel l'opposition doit être formée, la désignation du tribunal compétent et les formes requises pour sa saisine.

Les règles relatives à la notification de la contrainte et à l'opposition à contrainte, prévues aux articles R. 5422-10 à R. 5422-15 du code du travail, sont applicables.

Article R133-38

L'organisme habilité poursuit, pour le compte de l'ensemble des organismes mentionnés au 3° de l'article L. 133-9-2, l'exécution forcée des décisions de justice rendues.

Article R133-39

L'organisme habilité communique les informations qu'il recueille au moyen de la déclaration unique et simplifiée aux administrations ou organismes mentionnés à l'article L. 133-9-1, selon leurs compétences respectives, et leur reverse les cotisations et contributions qui leur sont dues.

Article R133-40

En cas de règlement partiel par un employeur, l'organisme habilité répartit l'encaissement au prorata des cotisations et contributions dues à chaque organisme mentionné à l'article L. 133-9-1.

En cas de paiement partiel, sauf si l'employeur en a manifesté la volonté expresse contraire, l'organisme habilité impute prioritairement le paiement effectué sur les créances que l'employeur est tenu de précompter sur la rémunération du salarié. Lorsque ce paiement est insuffisant pour éteindre ces créances, l'organisme habilité impute le paiement au prorata de celles-ci. Lorsque le paiement est suffisant pour éteindre ces

créances et qu'il subsiste un solde, ce solde est imputé au prorata des cotisations ou contributions restant dues à chaque organisme mentionné à l'article L. 133-9-1.

Article R133-41

Les modalités de la communication d'informations et de reversement des cotisations et des contributions sociales sont fixées par conventions passées entre l'organisme habilité et :

1. Le ministre chargé du travail ;
2. Le ministre chargé de la sécurité sociale ;
3. Le ministre de l'économie et des finances ;
4. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;
5. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
6. La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;
7. L'organisme gestionnaire du régime d'assurance chômage ;
8. Chacun des organismes mentionnés aux c), d), e) et f) du 2° de l'article R. 7122-31 du code du travail.

Article R133-42

Les conventions mentionnées à l'article R. 133-41 fixent le délai de conservation des informations recueillies et des formulaires reçus par l'organisme habilité ainsi que les modalités de prise en charge des dépenses exposées par lui pour l'exécution de ses missions, en prenant en compte notamment le montant des cotisations et contributions reversées.

Elles prévoient les conditions dans lesquelles un bilan est transmis chaque année par l'organisme habilité à chacune des parties aux conventions.

Ces conventions, à l'exception de celles conclues avec les ministres chargés du travail et de la sécurité sociale et le ministre de l'économie et des finances, ne sont applicables qu'à compter de leur homologation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du travail.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 4 : Compensation

Section 4 : Relations financières entre le régime général et le régime des salariés agricoles

Sous-section 1 : Assurances sociales et prestations familiales.

Article R134-1

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés retracent en solde, au titre du régime des salariés agricoles, dans les comptes des branches visées au 1° et 3° de l'article L. 200-2, la différence entre les charges et les produits afférents aux prestations servies.

La Caisse nationale des allocations familiales retrace dans les comptes de la branche visée au 4° de l'article L. 200-2 les charges et les produits afférents aux prestations familiales servies par le régime des salariés agricoles.

La Caisse centrale de mutualité sociale agricole transmet à cet effet à chacune des caisses visées ci-dessus un état retraçant les charges et les produits afférents aux prestations servies par le régime des salariés agricoles.

Les caisses nationales du régime général et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assurent le versement à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole des avances nécessaires au règlement des prestations légales de sécurité sociale servies aux salariés agricoles. Ces avances sont effectuées selon une périodicité hebdomadaire pour les prestations qui interviennent à des dates qu'il n'est pas possible de prévoir et à des dates prédéfinies pour les prestations qui interviennent à des dates régulières. Chaque année, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole transmet à ces organismes, avant le 31 octobre, un état prévisionnel de la trésorerie du régime des salariés agricoles pour l'année suivante. Le calendrier et les modalités de versement des avances ainsi que la nature des informations que doit transmettre la Caisse centrale de mutualité sociale agricole sont définis par voie de convention entre cet organisme, d'une part, et les caisses nationales du régime général et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'autre part.

La caisse nationale compétente du régime général peut demander au ministre chargé de l'agriculture de faire procéder par le chef des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles territorialement compétent, à toutes vérifications utiles pour l'application des alinéas ci-dessus.

Section 5 : Compensation entre la caisse nationale des barreaux français et l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales.

Article R134-2

La compensation instituée entre la caisse nationale des barreaux français et l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales mentionnée à l'article L. 621-3 porte sur le montant d'une prestation de référence égale à l'allocation définie à l'article L. 643-1.

Article R134-3

Chaque année, la compensation est opérée en fonction du rapport entre, d'une part, le total du nombre d'allocataires âgés d'au moins soixante-cinq ans percevant une pension de droit direct à la charge respectivement de la caisse nationale des barreaux français et des sections professionnelles de l'organisation autonome des professions libérales et, d'autre part, le total du nombre de cotisants actifs aux mêmes organismes quel que soit leur âge.

Ne sont pas considérés comme cotisants actifs :

1°) les assurés volontaires ;

2°) les assurés pendant leur première année d'exercice.

Section 6 : Application de la compensation au régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Article R134-4

Les modalités d'application de l'article L. 134-1 sont applicables au régime d'assurance vieillesse institué par l'article L. 721-1 dans les mêmes conditions qu'aux régimes de non-salariés.

Toutefois, pour l'application de ces dispositions, est considérée comme cotisant actif toute personne, quel que soit son âge, assujettie audit régime à titre obligatoire ou en application du dernier alinéa de l'article R. 721-31 et qui est personnellement débitrice d'une cotisation.

Section 7 : Surcompensation interprofessionnelle des prestations d'accidents du travail servies aux ressortissants du régime général de sécurité sociale et du régime de la sécurité sociale dans les mines.

Article R134-5

Le fonds national des accidents du travail de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés verse chaque mois à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines les sommes nécessaires à la couverture des charges de prestations du fonds national des accidents du travail et des maladies professionnelles que gère cette dernière caisse, au vu d'un état mensuel indiquant pour le mois précédent le solde de ce fonds et pour le mois en cours le montant prévisionnel de ses recettes et de ses dépenses.

Les versements sont effectués chaque vingt-cinquième jour calendaire ou le jour suivant si ce jour est férié.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 5 : Fonds de solidarité vieillesse

Section 1 : Dispositions générales

Article R135-1

Le fonds de solidarité vieillesse est un établissement public de l'Etat à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R135-2

Le conseil d'administration du fonds de solidarité vieillesse comprend sept membres :

1° Le président ;

2° Deux représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° Deux représentants du ministre chargé du budget ;

4° Un représentant du ministre chargé de l'économie ;

5° Un représentant du ministre chargé des personnes âgées.

Le président est nommé par décret pris sur la proposition du ministre chargé de la sécurité sociale, pour une durée de trois ans renouvelable. Les autres membres du conseil d'administration sont nommés pour la même durée renouvelable, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'économie, du ministre chargé du budget et du ministre chargé des personnes âgées.

La fonction d'administrateur est exercée à titre gratuit. Elle ouvre droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

En application du dernier alinéa de l'article L. 135-1, la rémunération et la prise en charge des frais de déplacement du président du fonds peuvent être régies par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 123-2.

Article R135-3

Le conseil d'administration se réunit sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement.

Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié des membres sont présents ou représentés en séance. Lorsque le conseil ne peut, faute de quorum, délibérer valablement, il peut à nouveau être réuni et délibérer valablement, quel que soit le nombre des membres présents, sous un délai de cinq jours francs.

Le président du conseil d'administration peut inviter au conseil d'administration toute personne dont la présence ou, le cas échéant, l'audition, lui paraîtrait utile. Cette invitation peut être également décidée, en vue de la séance suivante, par un vote du conseil organisé à la demande d'au moins un tiers de l'ensemble des membres du conseil d'administration.

En cas de partage égal des voix au sein du conseil d'administration, la voix du président est prépondérante.

Le contrôleur budgétaire et l'agent comptable assistent avec voix consultative aux délibérations du conseil.

Article R135-4

Le conseil d'administration a pour rôle :

1° D'adopter le budget de gestion administrative du fonds de solidarité vieillesse ;

2° D'approuver le rapport annuel d'activité et, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, les comptes annuels au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification ;

3° D'approuver les conventions prévues à l'article R. 135-13 ;

4° De délibérer sur toute question relative au fonctionnement du fonds ;

5° De proposer au Gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds ;

6° D'accepter les dons et legs ;

7° D'approuver le rapport annuel sur le contrôle interne des opérations que le fonds prend en charge, établi en application du 12° de l'article R. 135-7 ;

8° D'approuver sur proposition du président les placements ou dépôts des disponibilités excédant les besoins de trésorerie, dans le respect des dispositions de l'article R. 135-14 ;

Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration sont communiqués au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget dans les quinze jours qui suivent la réunion du conseil.

Article R135-5

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires, à défaut d'approbation expresse déjà notifiée, à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget des délibérations et des documents correspondants, à moins que les ministres de tutelle n'aient fait connaître dans ce délai leur refus d'approuver ces délibérations ou leur décision de surseoir à leur application.

Lorsque l'une des autorités visées ci-dessus demande par écrit des informations ou des documents complémentaires, le délai d'un mois est suspendu jusqu'à la production de ces informations ou documents.

Article R135-6

Le conseil d'administration est assisté par un comité de surveillance dont les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable. Ce comité est composé comme suit :

1° Deux membres de l'Assemblée nationale et deux membres du Sénat ;

2° Un membre de la Cour des comptes ayant au moins le rang de conseiller maître, proposé par le premier président de la Cour des comptes et désigné par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° Un membre du corps de l'inspection générale des finances ayant au moins le rang d'inspecteur général, proposé par le chef de service de l'inspection et désigné par le ministre chargé de l'économie ;

4° Un membre du corps de l'inspection générale des affaires sociales ayant au moins le rang d'inspecteur général, proposé par le chef de service dudit corps et désigné par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

5° Le président du conseil d'administration, ou son représentant, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

6° Le président du conseil central d'administration, ou son représentant, de la mutualité sociale agricole ;

7° Les présidents des conseils d'administration, ou leurs représentants, de chacune des organisations autonomes d'assurance vieillesse chargées des groupes professionnels mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 ;

8° Cinq représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national à raison de :

- un par la Confédération générale du travail ;
- un par la Confédération générale du travail-Force ouvrière ;
- un par la Confédération française démocratique du travail ;
- un par la Confédération française des travailleurs chrétiens ;
- un par la Confédération française de l'encadrement-CGC ;

9° Cinq représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives à raison de :

- trois par le Mouvement des entreprises de France ;
- un par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- un par l'Union professionnelle artisanale.

10° Quatre personnes qualifiées dans les domaines relevant des missions du fonds de solidarité vieillesse désignées à raison de :

- deux par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

-une par le ministre chargé de l'économie ;

-une par le ministre chargé du budget.

11° Un représentant des régimes de retraite autres que ceux énumérés ci-dessus, désigné après entente entre les présidents des caisses et institutions intéressées ou, à défaut, par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

12° Trois représentants désignés par le Comité national des retraités et personnes âgées.

Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale, un représentant du ministre chargé de l'économie et des finances, un représentant du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'agriculture assistent aux réunions du comité de surveillance.

Le comité de surveillance est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds de solidarité vieillesse. Il donne son avis sur le rapport d'activité retraçant l'ensemble des missions mentionnées à l'article L. 135-1. Le comité de surveillance peut entendre toute personne dont l'audition lui paraît utile. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question.

Le président du comité de surveillance est nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres. Le vice-président est élu au sein du comité parmi les représentants des partenaires sociaux. Il se réunit au moins une fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement.

Les fonctions de président, de vice-président et de membres du comité de surveillance sont exercées à titre gratuit. Les frais de déplacement sont remboursés dans des conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

Article R135-7

Le président du fonds exerce les attributions suivantes :

1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration et prépare les réunions du comité de surveillance mentionné à l'article R. 135-6 ;

2° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

3° Il prépare le budget du fonds de solidarité vieillesse et l'exécute ;

4° Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il arrête les comptes annuels du fonds ;

5° Il recrute le personnel de l'établissement ;

6° Il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel ;

7° Il conclut au nom du fonds les marchés publics et les contrats ;

8° Il négocie les conventions prévues aux articles R. 135-8 et R. 135-13 et les signe après leur approbation par le conseil d'administration ;

9° Il assure la coordination entre l'ensemble des services et organismes compétents susceptibles de participer à l'élaboration des prévisions financières relatives au fonds ;

10° Il élabore le rapport annuel d'activité du fonds ;

11° Il établit, sur la base des éléments qui lui sont transmis par les régimes, administration ou services concernés, un rapport annuel sur le contrôle interne des opérations que le fonds prend en charge ;

12° Il soumet à l'approbation du conseil d'administration des propositions de placements ou dépôts des disponibilités excédant les besoins de trésorerie du fonds, dans le respect des dispositions de l'article R. 135-14.

Article R135-8

I.-La gestion administrative, financière et comptable du fonds donne lieu à une convention conclue entre le fonds et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Cette convention, approuvée par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, précise la nature des tâches réalisées pour le compte du fonds ainsi que les modalités de remboursement des frais correspondants, qui sont imputés pour leur montant global sur les dépenses mentionnées au 8° de l'article L. 135-2.

Le président du fonds rend compte chaque année au conseil d'administration de la mise en œuvre de la convention mentionnée au premier alinéa.

II.-Le président du fonds constate les dépenses, autres que celles mentionnées à l'alinéa suivant, dont les montants sont notifiés par les régimes de sécurité sociale qui servent les prestations ou allocations financées par le fonds.

Le président du fonds liquide les dépenses représentatives de la prise en compte par les régimes de base des périodes mentionnées aux articles R. 135-15-1, R. 135-16 et R. 135-16-3 sur la base des effectifs de bénéficiaires qui lui sont notifiés dans les conditions fixées par les dispositions desdits articles.

Il constate les recettes du fonds dont les montants sont notifiés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Le président arrête les comptes du fonds.

III.-Dans le cadre des tâches de gestion assurées pour le compte du fonds par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dans les conditions prévues au I, l'agent comptable de cette caisse assure les fonctions d'agent comptable du fonds. Dans l'exercice de cette mission, les comptes du fonds sont tenus de manière séparée de ceux de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et de la branche vieillesse du régime général.

IV.-L'agent comptable effectue l'ensemble des opérations financières et comptables du fonds suivant des modalités définies en application du dernier alinéa de l'article L. 122-2.

V.-L'agent comptable est personnellement et pécuniairement responsable des actes et contrôles qui lui incombent en application des dispositions du présent article dans les conditions fixées par l'article 60 de la loi n° 63-156 du 23 février 1963 de finances pour 1963.

Article R135-9

I. # Les organismes qui servent les prestations financées par le fonds de solidarité vieillesse sont tenus de lui communiquer toute information utile à l'exercice de sa mission.

II. # Le fonds verse à chacun des régimes ou services intéressés des acomptes mensuels représentatifs des prévisions de dépenses du fonds de solidarité vieillesse. Les montants et les dates de versement sont déterminés dans le cadre des conventions prévues à l'article R. 135-13.

Par exception à l'alinéa précédent, les organismes ou services ayant assuré, au 1er juillet de l'année précédant l'année en cours, le service d'un nombre d'allocations supplémentaires mentionnées à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, et d'allocations de solidarité aux personnes âgées mentionnées à l'article L. 815-1 inférieur ou égal à mille reçoivent un versement annuel unique.

Article R135-10

Les organismes ou services débiteurs des allocations mentionnées à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, reçoivent du Fonds de solidarité vieillesse des subventions et des remises de gestion destinées à couvrir leurs charges de gestion de ces allocations selon les modalités alors applicables.

Les organismes ou services débiteurs de l'allocation de solidarité aux personnes âgées prévue à l'article L. 815-1 reçoivent du Fonds de solidarité vieillesse :

1° Une subvention fixée à 0,6 % du montant des allocations de solidarité aux personnes âgées servies par chacun d'eux. Cette subvention est versée au même rythme que le paiement des acomptes prévus au II de l'article R. 135-9 et est régularisée dans les mêmes conditions.

2° Des remises de gestion fixées à 20 % des montants recouvrés sur successions par chacun d'eux.

Toutefois, ces subventions et remises, destinées au financement des charges de gestion de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, peuvent être déterminées dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion conclue par chacun des organismes ou services débiteurs avec le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article R135-13

Les modalités de versement des sommes constitutives des dépenses du fonds et les modalités de communication régulière des informations qui sont utiles à son activité sont déterminées par des conventions signées entre le fonds et les régimes, administrations ou services concernés.

Article R135-14

Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie du fonds de solidarité vieillesse peuvent faire l'objet de placements en valeurs d'Etat et en valeurs garanties par l'Etat dans les conditions fixées par le ministre chargé de l'économie.

Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie peuvent également être déposées, suivant les modalités fixées par la convention prévue à l'article L. 225-1-3, auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Elles sont alors productives d'intérêts.

Le produit de ces placements est affecté au financement des dépenses incombant au fonds mentionnées au premier alinéa de l'article L. 135-1.

Section 2 : Dispositions relatives à certaines dépenses du fonds de solidarité vieillesse

Article R135-15-1

Le versement forfaitaire résultant de l'application du 7° de l'article L. 135-2 est égal au produit, d'une part, du taux et de l'assiette de cotisations ci-après fixés, d'autre part, de l'effectif réel des personnes effectuant un volontariat civil pour l'année en cause notifié par les ministères concernés.

Le taux de cotisation mentionné à l'alinéa précédent est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire annuelle égale à 90 p. 100 de la valeur de 1820 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Ce versement est réparti entre les régimes concernés au prorata du total de cotisants à chacun des régimes intéressés. Le nombre de cotisants est celui retenu par la commission prévue à l'article L. 134-1.

Article R135-16

Les versements forfaitaires résultant de l'application du b, du c et du d de l'article L. 135-2 sont égaux aux produits, d'une part, du taux et de l'assiette de cotisations ci-après fixés, d'autre part, des effectifs des assurés du régime général et du régime des salariés agricoles ayant bénéficié des allocations mentionnées aux b et d du 4° de l'article précité ou inscrits comme chômeurs sans être indemnisés.

Les effectifs mentionnés à l'alinéa précédent correspondent à la moyenne de l'effectif constaté en fin de mois sur l'année selon les statistiques tenues par Pôle emploi.

Le taux de la cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire annuelle égale à 90 p. 100 de la valeur de 1820 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Le versement du fonds de solidarité vieillesse est réparti entre le régime général et le régime des salariés agricoles au prorata de leurs effectifs d'assurés bénéficiant des allocations mentionnées au premier alinéa et notifiés à chacun d'eux par Pôle emploi.

Article R135-16-1

Le versement forfaitaire correspondant à la prise en compte par les régimes visés au 4° de l'article L. 135-2 des périodes de perception de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) modifiée est égal au produit, d'une part, du taux et de l'assiette de cotisation ci-après fixés, d'autre part, des effectifs des assurés ayant bénéficié de cette allocation.

Les effectifs mentionnés à l'alinéa précédent correspondent à la moyenne de l'effectif constaté en fin de mois sur l'année selon les statistiques tenues par le ministère chargé des anciens combattants et victimes de guerre.

Le taux et l'assiette de cotisation mentionnés au premier alinéa sont ceux fixés au troisième alinéa de l'article R. 135-16.

Le versement du fonds de solidarité vieillesse est réparti entre le régime général, le régime des salariés agricoles et les régimes de retraite de base des artisans, commerçants et professions industrielles au prorata de leurs effectifs d'assurés bénéficiant de l'allocation mentionnée au premier alinéa et notifiés à chacun d'eux par le ministère chargé des anciens combattants et victimes de guerre.

Le versement forfaitaire résultant du g du 4° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale est égal à 81 % du produit, d'une part, du taux et de l'assiette mentionnés au troisième alinéa de l'article R. 135-16 et, d'autre part, des effectifs relevant de chaque régime concerné tels que définis au deuxième alinéa.

Les effectifs mentionnés au premier alinéa correspondent à l'effectif des stagiaires de la formation professionnelle constaté en fin d'année par l'Agence de services et de paiement et les régions, lorsque l'agence n'assure pas pour elles la gestion du dispositif.

Article R135-16-2

Le versement forfaitaire résultant de l'application du VII de l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer est égal au produit, d'une part, du taux et de l'assiette de cotisations ci-après fixés, d'autre part, des effectifs des assurés ayant bénéficié des allocations de congé-solidarité.

Les effectifs constatés à l'alinéa précédent correspondent à la moyenne de l'effectif constaté en fin de mois sur l'année selon les statistiques tenues par l'organisme gestionnaire de l'allocation de congé-solidarité mentionné au I de l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 d'orientation pour l'outre-mer.

Le taux de la cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de la sécurité sociale. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale par mois à 90 % de la valeur de 169 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Le versement du fonds de solidarité vieillesse est réparti entre le régime général et le régime des salariés agricoles au prorata de leurs effectifs d'assurés bénéficiant de l'allocation mentionnée au premier alinéa et notifiés à chacun d'eux par l'organisme mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Article R135-16-3

Le versement forfaitaire résultant, pour ce qui concerne les périodes pendant lesquelles des assurés ont bénéficié de prestations maladie, maternité, accident du travail et maladie professionnelle, de l'application du f du 4° de l'article L. 135-2 est égal au produit du montant résultant de l'application du taux de cotisation à l'assiette fixé à l'alinéa suivant par une fraction, fixée dans les conditions définies à l'article R. 135-16-7, du nombre total des journées indemnisées à ce titre par chacun des régimes concernés au cours de l'année en cause.

Le taux de cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale à 7 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Article R135-16-4

Le versement forfaitaire résultant, pour ce qui concerne les périodes pendant lesquelles des assurés ont perçu une pension au titre de l'invalidité, de l'application du f du 4° de l'article L. 135-2 est égal au produit du montant résultant de l'application du taux de cotisation à l'assiette fixé à l'alinéa suivant par une fraction, fixée dans les conditions définies à l'article R. 135-16-7, des effectifs des assurés bénéficiant de cette prestation au 31 décembre de l'année en cause, selon les statistiques tenues par les régimes.

Le taux de cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture

du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale à 1 820 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Article R135-16-5

Le versement forfaitaire résultant, pour ce qui concerne les périodes pendant lesquelles des assurés ont perçu une rente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, de l'application du f du 4° de l'article L. 135-2 est égal au produit du montant résultant de l'application du taux de cotisation à l'assiette fixé à l'alinéa suivant par une fraction, fixée dans les conditions définies à l'article R. 135-16-7, des effectifs des assurés ayant bénéficié dans chacun des régimes concernés, au cours de l'année en cause, de ces prestations pour une incapacité permanente dont le taux est au moins égal à celui qui est fixé par l'article R. 351-12 ou en application de l'article L. 634-2.

Les effectifs mentionnés à l'alinéa précédent correspondent à la moyenne des effectifs des bénéficiaires constatés chaque mois au cours de l'année selon les statistiques tenues par les régimes.

Le taux de cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse. Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale à 1 820 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R. 135-17.

Article R135-16-6

Le versement forfaitaire résultant, pour ce qui concerne la prise en compte des indemnités maternité dans le salaire de base mentionné à l'article L. 351-1, de l'application du 10° de l'article L. 135-2 est égal au produit du taux de cotisation fixé à l'alinéa suivant par une fraction, fixée dans les conditions définies à l'article R. 135-16-7, du montant total des journées indemnisées comptabilisées dans chacun des régimes concernés à ce titre au cours de l'année en cause.

Le taux de la cotisation mentionné au premier alinéa est égal au taux cumulé de la cotisation patronale et salariale prévu à l'article R. 135-17 en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture du risque vieillesse.

Article R135-16-7

Les fractions mentionnées aux articles R. 135-16-3 à R. 135-16-5 sont fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget en fonction, pour chaque catégorie de prestation concernée, du nombre de trimestres validés à ce titre par les régimes au cours de l'année en cause, dans la limite de 75 %.

La fraction mentionnée à l'article R. 135-16-6 est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget en fonction de la proportion des indemnités maternité qui sont effectivement retenues dans le calcul du salaire de base mentionné à l'article L. 351-1.

Article R135-16-8

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés transmet au fonds de solidarité vieillesse et à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés les données statistiques et comptables dont la prise en compte est nécessaire pour l'application des articles R. 135-16-3 à R. 135-16-6.

Les modalités de transmission de ces données sont fixées par des conventions conclues entre les caisses mentionnées à l'alinéa précédent.

Article R135-17

Le taux de la cotisation des assurances sociales affecté au risque vieillesse dans le régime général et le salaire horaire minimum de croissance à prendre en considération pour la détermination des versements prévus aux articles de la présente section correspondent aux valeurs moyennes de l'année de versement.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 5 bis : Fonds de réserve pour les retraites

Section 1 : Dispositions relatives à l'organisation et à la gestion du fonds de réserve pour les retraites

Article R135-18

Le fonds de réserve pour les retraites est placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé du budget.

Article R135-19

I.-Le conseil de surveillance est composé comme suit :

1° Deux membres de l'Assemblée nationale et deux membres du Sénat ou leurs suppléants ;

2° Cinq représentants des assurés sociaux ou leurs suppléants désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national, à raison de :

-un par la Confédération générale du travail ;

-un par la Confédération générale du travail-Force ouvrière ;

-un par la Confédération française démocratique du travail ;

-un par la Confédération française des travailleurs chrétiens ;

-un par la Confédération française de l'encadrement-CGC ;

3° Cinq représentants des employeurs et travailleurs indépendants ou leurs suppléants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, à raison de :

-trois par le Mouvement des entreprises de France ;

-un par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

-un par l'Union professionnelle artisanale ;

4° Deux représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ou leurs suppléants, nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

5° Un représentant du ministre chargé de l'économie ou son suppléant, nommés par arrêté du ministre chargé de l'économie ;

6° Un représentant du ministre chargé du budget ou son suppléant, nommés par arrêté du ministre chargé du budget ;

7° Deux personnes qualifiées dans les domaines relevant des missions du fonds de réserve pour les retraites, désignées à raison de :

-une par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

-une par le ministre chargé de l'économie et le ministre chargé du budget.

Le président du conseil de surveillance du fonds de réserve pour les retraites est nommé par décret parmi ses membres. Le conseil de surveillance élit deux vice-présidents parmi ses membres.

Les membres du conseil de surveillance mentionnés aux 2°, 3° et 7° sont désignés pour une durée de six ans renouvelable par moitié. En cas de démission, d'empêchement ou de décès d'un membre ou d'un suppléant, un membre ou un suppléant est désigné en remplacement pour la durée du mandat à courir.

A titre transitoire, par dérogation à la première phrase de l'alinéa précédent et pour la première désignation, la moitié des membres du conseil de surveillance mentionnés aux 2°, 3° et 7° est désignée pour une durée de trois ans renouvelable. La liste des membres concernés est établie par tirage au sort.

II.-Les fonctions de membre du conseil de surveillance autres que celle de président sont assurées à titre gratuit.

Une indemnité de fonction, fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé du budget, est attribuée au président du conseil de surveillance.

Les fonctions de membre du conseil de surveillance ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006.

Article R135-20

I. - Le conseil de surveillance a pour rôle :

1° De fixer, sur proposition du directoire, les orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds, conformément au troisième alinéa de l'article L. 135-8 ;

2° De désigner les commissaires aux comptes mentionnés à l'article L. 135-12 ;

3° De contrôler les résultats du fonds ;

4° D'arrêter le compte financier du fonds après avoir entendu l'agent comptable ;

5° D'établir un rapport annuel public sur la gestion du fonds.

II. - Les délibérations du conseil de surveillance mentionnées aux 1° et 2° du I ci-dessus sont exécutoires de plein droit.

Les délibérations du conseil de surveillance visées aux 3° et 4° sont exécutoires dans les conditions prévues à l'article R. 135-26.

III. - En vue de la fixation par le conseil de surveillance des orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds, le directoire présente au conseil de surveillance une analyse de l'évolution des marchés d'instruments financiers au cours des douze derniers mois au regard des tendances de long terme et, compte tenu de l'horizon de placement et des recettes attendues, propose une répartition des placements par catégorie d'instruments financiers tenant compte du portefeuille détenu, des critères de rendement et de risque et du principe de prudence.

Dans le cas prévu au quatrième alinéa de l'article L. 135-8, le directoire met en oeuvre les mesures nécessaires à la gestion du fonds et peut, si les circonstances l'exigent, s'écarter des dernières orientations fixées par le conseil de surveillance afin de renforcer la sécurité des placements du fonds. Il informe le conseil de surveillance des décisions prises.

Article R135-21

Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement.

Le président fixe l'ordre du jour. Le président ou le conseil de surveillance peuvent demander au directoire une proposition d'orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds.

Le conseil de surveillance ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins de ses membres assistent à la séance.

Si ce quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours et délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

Les délibérations du conseil de surveillance sont adoptées à la majorité simple des membres qui le composent lorsque la moitié au moins de ses membres assistent à la séance, et à la majorité simple des membres présents dans le cas contraire.

Le président a voix prépondérante en cas d'égalité des suffrages.

Le conseil de surveillance adopte les dispositions du règlement intérieur relatives à son fonctionnement. Ces dispositions ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par la tutelle.

Les membres du directoire, l'agent comptable et le contrôleur budgétaire de l'établissement assistent, avec voix consultative, aux délibérations du conseil de surveillance. Le conseil peut entendre toute personne dont il estime l'audition utile à son information.

Il est établi un procès-verbal de chaque séance, signé par le président. Les procès-verbaux sont communiqués aux autorités de tutelle dans les quinze jours qui suivent la réunion du conseil de surveillance.

Article R135-22

Le directoire dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

1° Il propose au conseil de surveillance des orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds, dans le respect des règles fixées à l'article R. 135-29 ;

2° Il met en oeuvre les orientations générales de la politique de placement, en contrôle le respect par ses mandataires, et en rend compte au moins tous les six mois au conseil de surveillance ;

3° Il établit les cahiers des charges des appels d'offres visés à l'article L. 135-10 ;

4° Il nomme les personnalités qualifiées, membres du comité de sélection des gérants prévu au I de l'article R. 135-27 ;

5° Il sélectionne les prestataires assurant la gestion de portefeuille pour compte de tiers mentionnés à l'article L. 135-10 ;

6° Il conclut au nom du fonds toute convention et en contrôle le respect ;

7° Il établit le budget de gestion administrative et de gestion technique du fonds ;

8° Il exécute le budget du fonds ;

9° Il soumet le compte financier du fonds au conseil de surveillance ;

10° Il recrute le personnel de l'établissement et a autorité sur lui ;

11° Il élabore le règlement intérieur du fonds, à l'exception des dispositions portant sur le fonctionnement du conseil de surveillance ;

12° Il assure le secrétariat du conseil de surveillance.

Les conventions mentionnées au 6° ci-dessus sont communiquées aux autorités de tutelle dans les quinze jours qui suivent leur conclusion.

Les délibérations visées aux 4°, 7° et 11° sont exécutoires dans les conditions prévues à l'article R. 135-26.

Article R135-23

Le président du directoire représente le fonds en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il agit en justice sur mandat du directoire. Il signe les marchés et les conventions. Le président du directoire est l'ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds. Il vise le compte financier. Il peut déléguer sa signature, dans les conditions déterminées par le règlement intérieur visé à l'article R. 135-22.

En cas de vacance provisoire de l'emploi de président du directoire ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par un des deux autres membres nommé par décret.

Les activités des membres du directoire, autres que celles du président, sont exclusives de toute autre activité. Elles donnent lieu à rémunération.

Article R135-24

La gestion administrative mentionnée à l'article L. 135-10, qui est exercée sous l'autorité du directoire, comprend :

- le secrétariat des organes du fonds, la fourniture d'une assistance juridique, comptable et budgétaire ;
- la préparation des appels d'offres en vue de la sélection des prestataires assurant la gestion de portefeuille pour compte de tiers mentionnés à l'article L. 135-10 ;
- la gestion courante de la trésorerie du fonds qui ne peut être assurée par les prestataires mentionnés à l'alinéa précédent ;
- la préparation des propositions du directoire au conseil de surveillance sur les orientations générales de la politique de placement du fonds ;
- le service de conservation prévu au 1° de l'article L. 321-2 du code monétaire et financier ;
- le contrôle de l'exécution des mandats visés à l'article L. 135-10.

Une convention entre l'établissement et la Caisse des dépôts organise la gestion administrative du fonds. Elle précise notamment les différents moyens affectés par la caisse en vue de l'exercice de cette mission. Une fois devenue exécutoire dans les conditions prévues à l'article R. 135-26, cette convention est communiquée aux membres du conseil de surveillance.

Article R135-25

Les modalités de versement des recettes prévues à l'article L. 135-7 sont déterminées par des conventions signées respectivement :

- entre le fonds de réserve pour les retraites et l'Etat ;
- entre le fonds de réserve pour les retraites et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;
- entre le fonds de réserve pour les retraites et la Caisse des dépôts et consignations.

Ces conventions précisent notamment les pièces justificatives qui doivent être communiquées au fonds ainsi que les modalités et la périodicité de versement des recettes.

Article R135-26

I. - Les délibérations du conseil de surveillance visées aux 3° et 4° de l'article R. 135-20, les délibérations du directoire visées aux 4°, 7° et 11° de l'article R. 135-22 et la convention visée au dernier alinéa de l'article R. 135-24 sont exécutoires, à défaut d'approbation expresse déjà notifiée, à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la réception par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'économie et des finances des délibérations et des documents correspondants, à moins que l'un de ces ministres n'y fasse opposition.

Lorsque l'une de ces autorités demande par écrit des informations ou des documents complémentaires, le délai d'un mois est suspendu jusqu'à la production de ces informations ou documents.

II. - Les actes pris par le directoire en application du quatrième alinéa de l'article L. 135-8 sont soumis aux dispositions du I ci-dessus sous réserve des adaptations suivantes :

1° Le contrôle porte uniquement sur la légalité ;

2° Le délai d'un mois mentionné au I est réduit à une semaine.

Article R135-27

I.-Il est créé un comité de sélection des gérants chargé du dépouillement et de l'analyse des offres pour l'attribution des mandats prévus à l'article L. 135-10. Il est consulté par le directoire sur les cahiers des charges des appels d'offres. Il lui est fait rapport sur l'exécution des mandats. Il est également consulté sur les décisions de gestion financière prévues par le cinquième alinéa de l'article L. 135-10. Il lui est fait rapport sur la mise en œuvre de ces décisions. Outre son président, ce comité est composé de quatre personnalités qualifiées nommées par le directoire. Le président du comité de sélection des gérants est un membre du directoire du fonds, autre que le président du directoire.

II.-Le directoire ou un de ses membres désigné à cet effet peut se faire assister pour le contrôle des procédures et des opérations effectuées pour le compte du fonds par les prestataires assurant la gestion de portefeuille pour compte de tiers mentionnés à l'article L. 135-10.

III.-Par dérogation aux dispositions de l'article 133 du code des marchés publics et au I de l'article 3 du décret n° 2004-1299 du 26 novembre 2004 pris pour son application, le fonds peut décider de ne pas soumettre, pour avis, les projets de marchés de gestion qu'il passe en application de l'article L. 135-10 du présent code à la commission des marchés publics de l'Etat.

Par dérogation aux dispositions de l'article 119 du code des marchés publics, le fonds peut décider de soumettre, pour avis, les projets de marchés de gestion qu'il passe en application de l'article L. 135-10 du présent code aux commissions spécialisées des marchés.

Article R135-28

I. # Le fonds est soumis aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

II. # L'agent comptable du fonds est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

III. # Le budget du fonds de réserve pour les retraites pour chaque année est arrêté avant le 30 novembre de l'année précédente. Les frais relatifs à la conservation des instruments financiers et à la gestion financière sont inscrits pour un montant évaluatif.

IV. # La Caisse des dépôts et consignations perçoit des frais de gestion à hauteur des dépenses exposées pour l'exercice de la mission qu'elle assure conformément à l'article R. 135-24. Ces frais sont à la charge du fonds.

Article R135-29

Les droits de vote sont exercés par les mandataires du fonds dans les seuls intérêts du fonds.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 7 : Recettes diverses

Article R137-2

Le représentant désigné par les organismes d'assurances et assimilés mentionnés à l'article L. 138-22 est le représentant agréé par le directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques, conformément à l'article 1004 bis du code général des impôts. Chaque année, la direction générale des finances publiques communique à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la liste à jour de ces représentants agréés.

Ces représentants sont tenus de présenter aux inspecteurs du recouvrement visés à l'article R. 243-59 du présent code, le registre prévu par l'article 1004 bis du code général des impôts.

Article R137-3

Dans les deux mois suivant la création du régime de retraite supplémentaire à prestations définies mentionné à l'article L. 137-11, l'employeur indique l'option qu'il choisit pour le recouvrement et le versement de la contribution établie par l'article L. 137-11. Cette déclaration est adressée, par tout moyen permettant de lui donner date certaine, à l'organisme de recouvrement auquel le siège social de l'entreprise est tenu de verser les cotisations de sécurité sociale au titre des rémunérations versées à son personnel ou, si le siège social est établi hors de France, à l'organisme dont relève l'établissement qu'il a désigné à cet effet et auprès duquel ce dernier doit verser des cotisations de sécurité sociale au titre des rémunérations versées à son personnel.

Cette déclaration mentionne les catégories de salariés concernées, le nom de l'organisme payeur des rentes, la nature différentielle, additive ou mixte du régime à prestations définies mis en place, la période de clôture de l'exercice social de l'entreprise.

L'employeur joint à ces informations les statuts et règlements de ce régime.

Toute modification du régime doit donner lieu à une rectification des informations communiquées lors de l'exercice de l'option et cette rectification doit être transmise, dans les deux mois suivant cette modification, à l'organisme de recouvrement.

L'employeur informe, dans le même délai de deux mois, l'organisme payeur des rentes de l'option exercée.

A défaut de déclaration de l'option dans le délai prévu au premier alinéa, l'employeur est soumis, en application des dispositions du II de l'article L. 137-11, au versement des deux contributions mentionnées au I de cet article jusqu'à la date de clôture de l'exercice social de l'entreprise suivant la date à laquelle l'employeur a formulé son option. Dans ce cas, l'employeur et l'organisme payeur de la rente sont

respectivement tenus au versement de la contribution mentionnée au 2° du I et au 1° du I de l'article L. 137-11.

Article R137-4

I.-En cas d'option pour l'assiette prévue au 1° du I de l'article L. 137-11, l'organisme payeur déclare et verse pour le compte de l'employeur, le cas échéant, par prélèvement sur le ou les fonds collectifs prévus au contrat le liant à l'employeur, la contribution dans les conditions prévues aux articles R. 243-29 et R. 243-30 ou R. 741-80 et R. 741-81 du code rural et de la pêche maritime. Il communique à l'employeur, par tout moyen permettant de constater la réception de ladite communication, à l'issue de chaque année civile et au plus tard le 31 janvier de l'année suivante, un document mentionnant le montant des rentes versées par bénéficiaire et des contributions correspondantes acquittées au titre de l'année précédente ou, le cas échéant, l'indication de l'absence de versement de rentes. Une copie de ce document est adressée à l'organisme de recouvrement mentionné à l'article R. 137-3.

L'organisme payeur de la rente s'acquitte pour le compte de l'employeur de la contribution mentionnée au II bis de l'article L. 137-11 due sur le montant des rentes versées au cours d'une année civile en même temps que la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 due sur le dernier versement de rente de l'année concernée dans les conditions prévues aux articles R. 243-29 et R. 243-30 ou R. 741-80 et R. 741-81 du code rural et de la pêche maritime.

II.-En cas d'option pour l'assiette prévue au a du 2° du I de l'article L. 137-11, la contribution est versée par l'employeur au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale dues sur les rémunérations de ses salariés suivant la date de versement des primes à l'organisme payeur de la rente ou, pour le régime agricole, au plus tard à la date de versement des cotisations sociales prévue à l'article R. 741-6 du code rural et de la pêche maritime suivant la date du versement des primes.

En cas d'option pour l'assiette au b du 2° du I de l'article L. 137-11, la contribution est versée par l'employeur au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations de sécurité sociale dues sur les rémunérations de ses salariés suivant la date de clôture de l'exercice social de l'entreprise, ou, pour le régime agricole, au plus tard à la date de versement des cotisations sociales prévue à l'article R. 741-6 du code rural et de la pêche maritime suivant la date de clôture de l'exercice social de l'entreprise.

L'employeur remplit les obligations relatives à la déclaration et au versement des contributions auprès de l'organisme de recouvrement mentionné à l'article R. 137-3.

Article R137-5

Pendant la période durant laquelle l'employeur, qui fait l'objet d'une procédure collective prévue au livre VI du code de commerce, n'est plus autorisé à alimenter le ou les fonds mentionnés au premier alinéa de l'article R. 137-4, l'organisme payeur de la rente n'est tenu au versement des contributions mentionnées au 1° du I et au II bis de l'article L. 137-11 que dans la limite des sommes disponibles sur le ou les fonds précités.

Article R137-6

L'organisme chargé du versement des rentes déclare et acquitte la contribution mentionnée à l'article L. 137-11-1 dans les conditions prévues aux articles R. 243-29 et R. 243-30 ou R. 741-80 et R. 741-81 du code rural.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 8 : Contributions à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique

Section 1 : Contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques

Article R138-1

I. (Abrogé)

II.-Le chiffre d'affaires défini au cinquième alinéa de l'article L. 138-2 pris en compte au titre de la première année incomplète d'activité est égal au produit du chiffre d'affaires effectif réalisé au cours de cette année par le rapport de trois cent soixante jours sur le nombre de jours d'activité, chaque mois complet d'activité correspondant à trente jours.

Article R138-2

I.-Les entreprises mentionnées à l'article L. 138-9-1 sont tenues de remettre au comité économique des produits de santé, avant le 1er mars de chaque année, une déclaration conforme à un modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et téléchargeable sur le site internet du comité. La déclaration est effectuée par voie électronique à l'adresse indiquée sur le site. L'accusé de réception de la déclaration est également émis par voie électronique.

II.-La déclaration comporte pour l'année civile précédente et pour les spécialités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-9-1 vendues aux pharmacies d'officine :

1° Les montants totaux des chiffres d'affaires hors taxes réalisés en France, au titre des ventes de chaque spécialité ;

2° Le nombre total d'unités de conditionnement fournies pour chaque spécialité ;

3° Les montants totaux des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de service prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce, consentis au titre des ventes de chaque spécialité aux officines de pharmacie.

III.-Pour chaque spécialité concernée, le chiffre d'affaires hors taxes mentionné au 1° du II correspond au nombre d'unités de conditionnement fournies multiplié par le prix fabricant hors taxes en vigueur à la date de facturation à l'officine.

IV.-Lorsque les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce concernent plusieurs spécialités pharmaceutiques et que la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les sommes afférentes à chaque spécialité mentionnée au premier alinéa de l'article L. 138-9-1, le montant à déclarer pour chacune de ces spécialités est calculé au prorata du montant du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France de chaque spécialité concernée.

Article R138-3

I.-Lorsque le comité économique des produits de santé envisage de prononcer la pénalité prévue au deuxième alinéa de l'article L. 138-9-1, il en informe le fournisseur concerné par tout moyen permettant d'en établir la date de réception, en lui précisant les motifs pour lesquels une pénalité est envisagée. Dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information, le fournisseur peut rectifier sa déclaration, adresser ses observations écrites au comité ou demander à être entendu par lui.

Le fournisseur concerné est tenu de déclarer dans le même délai au comité économique des produits de santé les éléments de son chiffre d'affaires nécessaires à la détermination du plafond de la pénalité mentionnée.

Le comité économique des produits de santé notifie sa décision au fournisseur concerné par tout moyen permettant d'en établir la date de réception. Lorsque cette décision prononce une pénalité, elle en motive le principe et le montant et indique également le délai de règlement ainsi que les voies et délais de recours. Le comité communique sa décision à l'organisme de recouvrement compétent.

Dans un délai d'un mois à compter de la notification, le fournisseur s'acquitte de la pénalité auprès de l'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent.

II.-Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. L'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent informe le comité économique des produits de santé des montants perçus.

III.-Les dispositions du présent article sont applicables à la pénalité pour méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée prévue au dernier alinéa de l'article L. 138-9-1.

Section 2 : Contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique

Article R138-10

Les entreprises redevables de la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 sont tenues de remettre à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet la déclaration, conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, avant le 1er mars de l'année suivante.

Les éléments déclaratifs servant de base à l'établissement de la part de la contribution mentionnée au c de l'article L. 138-11 sont ceux prévus pour l'établissement de la contribution mentionnée à l'article L. 245-1 donnant lieu aux versements effectués au 1er mars de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution prévue à l'article L. 138-10 est due.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 8 bis : Dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général

Article R138-19

Les entreprises redevables d'une ou plusieurs des contributions définies aux articles L. 138-1, L. 245-1, L. 245-5-1, L. 245-5-5-1 et L. 245-6 remettent à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales compétente une déclaration conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, au plus tard à la date fixée pour le versement de la régularisation annuelle de chacune de ces contributions.

Article R138-20

La désignation par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale est publiée au Bulletin officiel du ministère en charge de la sécurité sociale.

Article R138-21

Les règles, sanctions et garanties prévues pour le recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations sont applicables au recouvrement et au contrôle des contributions mentionnées à l'article L. 138-20, sous réserve des dispositions des articles R. 138-22 à R. 138-24.

Article R138-22

Le défaut de production, dans les délais prescrits, des documents relatifs aux contributions mentionnées à l'article L. 138-20 entraîne une pénalité de 750 euros. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

Une pénalité de 750 euros est également encourue en cas d'inexactitude de la déclaration produite. Ces pénalités peuvent faire l'objet d'une demande gracieuse de réduction ou de remise selon les modalités prévues aux articles R. 243-19-1 et R. 243-20.

Article R138-23

Lorsque les déclarations des contributions mentionnées à l'article L. 138-20 n'ont pas été produites dans les délais prescrits ou sont manifestement erronées, le montant de leur produit peut être fixé par l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet :

a) Pour la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques par référence à l'article L. 138-16 ;

b) Pour les autres contributions, en fonction des versements effectués au titre des exercices antérieurs ou, à défaut, par tous autres moyens.

Article R138-24

La majoration de retard applicable aux contributions qui n'ont pas été versées aux dates limites d'exigibilité est celle prévue à l'article R. 243-18.

Article R138-24-1

I.-Les entreprises redevables des contributions mentionnées à l'article L. 138-20 sont tenues d'effectuer par voie dématérialisée les déclarations et les versements afférents à ces contributions, quel que soit le montant des contributions dont elles sont redevables.

II.-Le mode de paiement dématérialisé des contributions mentionnées à l'article L. 138-20 est le virement bancaire. L'ordre de virement doit être accompagné des références permettant notamment l'identification du redevable ainsi que celle de la période au titre de laquelle le versement de la ou des contributions est dû. Ces références doivent être conformes à la codification indiquée par l'organisme en charge du recouvrement.

Article R138-24-2

La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée dans les conditions prévues aux I et II de l'article R. 138-24-1 entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % des contributions dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée ou dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement que le virement bancaire.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 8 ter : Pénalités.

Section 1 : Emploi des seniors.

Article R138-25

L'objectif chiffré de maintien dans l'emploi mentionné au 1° de l'article L. 138-25 concerne les salariés âgés de 55 ans et plus.

L'objectif chiffré de recrutement mentionné au même alinéa concerne les salariés âgés de 50 ans et plus.

Article R138-26

Les domaines d'action mentionnés au 2° de l'article L. 138-25 sont les suivants :

- 1° Recrutement des salariés âgés dans l'entreprise ;
- 2° Anticipation de l'évolution des carrières professionnelles ;
- 3° Amélioration des conditions de travail et prévention des situations de pénibilité ;
- 4° Développement des compétences et des qualifications et accès à la formation ;
- 5° Aménagement des fins de carrière et de la transition entre activité et retraite ;
- 6° Transmission des savoirs et des compétences et développement du tutorat.

Article R138-27

Pour chaque domaine d'action énoncé à l'article R. 138-26 et retenu dans l'accord ou le plan d'action, les dispositions qui ont pour finalité le maintien dans l'emploi et le recrutement de salariés âgés sont assorties d'objectifs chiffrés, dont la réalisation est mesurée au moyen d'indicateurs.

Article R138-28

En l'absence d'accord d'entreprise ou de groupe, le plan d'action mentionné au premier alinéa de l'article L. 138-26 prévoit les modalités d'une communication annuelle de ces indicateurs et de l'évolution de leurs

résultats, au comité d'entreprise, ou à défaut aux délégués du personnel, dans les conditions énoncées aux articles L. 2323-47 et L. 2323-56 du code du travail.

L'accord de branche mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 138-26 prévoit que ces indicateurs, et l'évolution de leurs résultats, figurent dans le rapport annuel de branche prévu à l'article D. 2241-1 du code du travail.

Les accords d'entreprise ou de groupe mentionnés à l'article L. 138-25 déterminent librement leurs modalités de suivi.

Article R138-29

La pénalité mentionnée à l'article L. 138-24 est due pour chaque mois entier au cours duquel l'entreprise n'est pas couverte par l'accord ou le plan d'action mentionné au premier alinéa du même article.

Pour les établissements publics, l'assiette de la pénalité correspond aux rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés ou assimilés pris en compte pour la détermination de l'effectif mentionné à l'article L. 138-24.

Article R138-30

Les accords de branche mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 138-26 font l'objet, au même moment que leur dépôt dans les conditions prévues à l'article D. 2231-2 du code du travail, d'une demande d'avis auprès des services centraux du ministre chargé de l'emploi.

Cette demande est adressée par tout moyen permettant d'établir sa date certaine.

Le ministre chargé de l'emploi dispose d'un délai de trois mois, à compter de la date à laquelle la demande d'avis a été reçue, pour notifier sa réponse à celui des signataires de l'accord qui a effectué la demande. L'avis défavorable est motivé. Le silence gardé pendant trois mois par le ministre chargé de l'emploi vaut avis favorable.

Article R138-31

La demande de l'entreprise mentionnée à l'article L. 138-27 est adressée au préfet de région par tout moyen permettant d'établir sa date certaine.

La demande précise qu'elle est effectuée au titre de l'article L. 138-27 et comporte les mentions suivantes :

- 1° Informations relatives à l'identification de l'entreprise, dont le numéro du système d'identification du répertoire des entreprises et s'il y a lieu de ses établissements, ainsi que l'identifiant de convention collective ;
- 2° Eléments de nature à permettre au préfet de région d'apprécier si les conditions requises par la législation sont satisfaites, notamment les données sociales de l'entreprise ainsi que l'accord de branche, de groupe, d'entreprise ou le plan d'action par lequel l'entreprise estime être couverte.

La demande est réputée complète si, dans le délai de trente jours à compter de sa réception, le préfet de région n'a pas fait connaître au requérant la liste des autres pièces ou informations nécessaires à l'instruction de sa demande.

Le préfet de région dispose d'un délai de trois mois, à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour notifier sa réponse à l'entreprise. Lorsque celle-ci est défavorable, elle est motivée et précise les voies et délais de recours dont elle peut faire l'objet.

Le préfet de région adresse une copie de sa réponse à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse compétent pour l'entreprise requérante.

Section 2 : Accords en faveur de la prévention de la pénibilité.

Sous-section 1 : Procédure.

Sous-section 2 : Pénalité.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 9 : Répartition de ressources entre les régimes obligatoires d'assurance maladie

Article R139-1

A l'exception de la Caisse nationale d'assurance maladie, tout organisme national gestionnaire d'un régime obligatoire d'assurance maladie qui estime pouvoir bénéficier de la majoration de contributions sociales prévue par le troisième alinéa de l'article L. 139-1 adresse sa demande au président de la commission de répartition de la contribution sociale généralisée.

Cette demande doit parvenir au président de la commission, par lettre recommandée avec accusé de réception, avant le 31 octobre de l'année qui précède celle pour laquelle la majoration est demandée.

Elle est accompagnée des éléments justifiant les montants de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur, pour les quatre années qui précèdent celle de la demande et sur la base des comptes des exercices clos. Ces montants distinguent les revenus d'activité et les revenus de remplacement.

Article R139-2

Le président de la commission de répartition de la contribution sociale généralisée instruit la demande.

Après consultation de la commission, il transmet les éléments du dossier et une proposition de décision au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Cette transmission doit être effectuée avant la fin de l'année qui précède celle pour laquelle la majoration est demandée.

Article R139-3

Le montant de contributions sociales attribué au régime demandeur est majoré, selon les modalités prévues à l'article R. 139-4 :

- a) Si le taux d'accroissement de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur, entre la première et la dernière des quatre années qui précèdent celle de la demande, est supérieur au taux d'accroissement, sur la même période, des sommes attribuées à l'ensemble des régimes en application du deuxième alinéa de l'article L. 139-1 ;
- b) Et si aucune majoration de même nature n'a été obtenue par le régime demandeur pour l'année qui précède celle de la demande.

Article R139-4

Le montant majoré est obtenu :

- en calculant le montant fictif de cotisations qui aurait été obtenu, au titre de l'année qui précède celle de la demande, en appliquant les taux figurant à l'arrêté mentionné à l'article R. 139-5 aux revenus d'activité et de remplacement qui constituent, pour cette année, l'assiette des cotisations d'assurance maladie ;
- en remplaçant fictivement, pour cette même année, le montant de contributions sociales effectivement attribué au régime par ce nouveau montant, s'il lui est supérieur ;
- en actualisant ce montant fictif au titre des deux années suivantes, dans les mêmes proportions que celles retenues, au titre de ces deux années, pour la réactualisation opérée en application du deuxième alinéa de l'article L. 139-1.

La somme ainsi obtenue constitue le nouveau montant attribué au régime demandeur pour l'année qui suit celle de la demande.

Article R139-5

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget indique, pour chacun des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'exception du régime général, en distinguant la nature des revenus, les diminutions de taux de cotisation d'assurance maladie intervenues au 1er janvier 1997 et au 1er janvier 1998 en substitution de l'affectation des contributions sociales mentionnées à l'article L. 136-8.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 1er : Expertise médicale

Article R141-1

Les contestations mentionnées à l'article L. 141-1 sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin conseil ou, à défaut d'accord dans le délai d'un mois à compter de la contestation, par le directeur général de l'agence régionale de santé ; celui-ci avise immédiatement la caisse de la désignation de l'expert. Dans le cas où l'expert est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé, il ne peut être choisi que parmi les médecins inscrits, sous la rubrique Experts spécialisés en matière de sécurité sociale, sur les listes dressées en application de l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 et de l'article 1er du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatifs aux experts judiciaires.

Lorsque la contestation porte sur le diagnostic ou le traitement d'une affection relevant de l'une des disciplines mentionnées par le règlement de qualification prévu au 4° de l'article R. 4127-79 du code de la santé publique, l'expert est, dans tous les cas, choisi parmi les médecins spécialistes ou compétents pour l'affection considérée.

Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise ou le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, de la caisse de base du régime social des indépendants ou de la caisse de mutualité sociale agricole.

Article R141-2

L'expertise prévue à l'article R. 141-1 est pratiquée soit à la demande de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, soit sur l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail. La victime peut toujours, même lorsque la matérialité de l'accident est contestée, requérir une expertise médicale. La caisse doit y faire procéder lorsque la contestation dont elle est saisie porte sur une question d'ordre médical.

En matière d'assurance maladie et d'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, les contestations relatives à l'état du malade ou à sa prise en charge thérapeutique s'entendent également des contestations concernant les affections de longue durée mentionnées à l'article L. 324-1 et de celles relatives aux affections relevant du protocole de soins mentionné à l'article L. 432-4-1. L'expertise prévue ci-dessus est effectuée à la demande de l'assuré ou de la caisse. Cette demande doit être présentée dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée.

Le malade ou la victime qui requiert une expertise présente une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant. Cette demande est adressée par lettre recommandée ou déposée contre récépissé au guichet de la caisse.

En vue de la désignation du médecin expert, le service du contrôle médical de la caisse est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les trois jours qui suivent :

- 1°) soit la date où est apparue une contestation d'ordre médical ;
- 2°) soit la réception de la demande d'expertise formulée par la victime ;
- 3°) soit la notification du jugement prescrivant l'expertise.

Article R141-3

Dès qu'elle est informée de la désignation du médecin expert, la caisse établit un protocole mentionnant obligatoirement :

- 1°) l'avis du médecin traitant nommément désigné ;
- 2°) l'avis du médecin conseil ;
- 3°) lorsque l'expertise est demandée par le malade ou la victime, les motifs invoqués à l'appui de la demande ;
- 4°) la mission confiée à l'expert ou au comité et l'énoncé précis des questions qui lui sont posées.

La caisse adresse au médecin expert la demande d'expertise obligatoirement accompagnée de ce protocole, par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

Article R141-4

Le médecin expert, informe immédiatement le malade ou la victime, des lieu, date et heure de l'examen. Dans le cas où l'expertise est confiée à un seul médecin expert, celui-ci doit aviser le médecin traitant et le médecin conseil qui peuvent assister à l'expertise.

Le médecin expert procède à l'examen du malade ou de la victime, dans les cinq jours suivant la réception du protocole mentionné ci-dessus, au cabinet de l'expert ou à la résidence du malade ou de la victime si ceux-ci ne peuvent se déplacer.

Le médecin expert établit immédiatement les conclusions motivées en double exemplaire et adresse, dans un délai maximum de quarante-huit heures, l'un des exemplaires à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, l'autre au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie.

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'assurance maladie, les conclusions sont communiquées dans le même délai au médecin traitant et à la caisse.

Le rapport du médecin expert ou du comité comporte : le rappel du protocole mentionné ci-dessus, l'exposé des constatations qu'il a faites au cours de son examen, la discussion des points qui lui ont été soumis et les conclusions motivées mentionnées aux alinéas précédents.

Le médecin expert dépose son rapport au service du contrôle médical avant l'expiration du délai d'un mois à compter de la date à laquelle ledit expert a reçu le protocole, à défaut de quoi il est pourvu au remplacement de l'expert à moins qu'en raison des circonstances particulières à l'expertise, la prolongation de ce délai n'ait été obtenue.

La caisse adresse immédiatement une copie intégrale du rapport soit à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, soit au médecin traitant du malade.

Article R141-5

La caisse doit prendre une décision et la notifier au malade ou à la victime dans un délai maximum de quinze jours suivant la réception des conclusions motivées.

Article R141-6

La décision de la caisse, prise à la suite de l'avis de l'expert ou du comité, est exécutoire par provision, nonobstant toute contestation.

Article R141-7

Les honoraires dus au médecin expert à l'occasion des examens prévus à l'article R. 141-1 ainsi que ses frais de déplacement sont réglés d'après le tarif fixé par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Le même arrêté fixe le tarif des honoraires, ainsi que des frais de déplacement dus au médecin traitant en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Il en est de même en matière d'assurance maladie lorsque le médecin traitant fait partie du comité mentionné à l'article R. 141-1.

Ces dépenses sont à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie, de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, de la caisse de base du régime social des indépendants ou de la caisse de mutualité sociale agricole. Toutefois, la caisse intéressée peut demander à la juridiction compétente de mettre à la charge du malade ou de la victime tout ou partie des honoraires et frais correspondant aux examens et expertises prescrits à sa requête lorsque sa contestation est manifestement abusive.

Article R141-8

En cas de litiges relatifs aux soins dentaires ou à la prothèse dentaire, les dispositions mentionnant les médecins sont applicables aux praticiens en matière dentaire.

Article R141-9

L'arrêté mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 141-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R141-10

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture fixera en tant que de besoin les modalités d'application du présent chapitre.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 2 : Contentieux général

Section 1 : Dispositions générales

Section 2 : Commissions de recours amiable.

Article R142-1

Les réclamations relevant de l'article L. 142-1 formées contre les décisions prises par les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole de salariés ou de non-salariés sont soumises à une commission de recours amiable composée et constituée au sein du conseil d'administration de chaque organisme.

Cette commission doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation. La forclusion ne peut être opposée aux intéressés que si cette notification porte mention de ce délai.

Toutefois, les contestations formées à l'encontre des décisions prises par les organismes chargés du recouvrement des cotisations, des majorations et des pénalités de retard doivent être présentées à la commission de recours amiable dans un délai d'un mois à compter de la notification de la mise en demeure.

Article R142-2

La commission prévue à l'article précédent comprend :

1°) pour les organismes de sécurité sociale chargés des groupes professionnels autres que ceux qui sont prévus à l'article L. 621-3 :

- a. deux administrateurs de l'organisme appartenant à la même catégorie que le réclamant ;
- b. deux administrateurs choisis parmi les autres catégories d'administrateurs.

Toutefois, la commission de recours amiable instituée au sein de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés comprend trois administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs et trois administrateurs choisis parmi les représentants des salariés.

Lorsque la réclamation est formée par une personne n'exerçant aucune activité professionnelle, la commission est constituée comme s'il s'agissait d'une réclamation présentée par un travailleur salarié.

Lorsque la réclamation est formée par un ou plusieurs ayants droit d'un travailleur salarié, la commission est constituée comme en matière de réclamation présentée par un salarié ;

2°) pour les organismes de sécurité sociale chargés des groupes professionnels de non-salariés mentionnés à l'article L. 621-3 :

quatre administrateurs de l'organisme intéressé ;

La commission comprend un nombre de suppléants égal à celui des titulaires.

3°) pour les organismes de mutualité sociale agricole :

a. deux administrateurs choisis parmi les représentants des employeurs ;

b. deux administrateurs choisis parmi les représentants des salariés.

Les petits exploitants peuvent être désignés à l'un ou l'autre titre.

La commission peut valablement statuer dans les cas mentionnés aux 1° et 3° si l'un au moins des représentants de chaque fraction de la commission est présent et, dans les cas mentionnés au 2°, si deux de ses membres sont présents.

Les membres de la commission sont désignés au début de chaque année, par le conseil d'administration de l'organisme.

Plusieurs commissions peuvent être créées à l'intérieur des organismes de sécurité sociale désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R142-3

En cas d'accident survenu dans la circonscription d'un organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, autre que l'organisme dont relève l'assuré, ce dernier organisme peut charger la commission instituée auprès de l'organisme du lieu de l'accident d'examiner les réclamations formées contre ses décisions.

Lorsque les bénéficiaires résident dans la circonscription d'un organisme autre que l'organisme dont relève l'assuré, les mêmes pouvoirs peuvent être confiés à la commission instituée au sein du conseil d'administration de l'organisme du lieu de résidence.

Article R142-4

La commission prévue à l'article R. 142-1 donne, sur les affaires qui lui sont soumises, son avis au conseil d'administration, qui statue et notifie sa décision aux intéressés. Cette décision doit être motivée.

Toutefois, le conseil d'administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à la commission dans les conditions qu'il détermine. En cas de partage des voix au sein de la commission, il est statué par le conseil d'administration.

Article R142-5

Lorsque les réclamations sont formées contre les décisions prises soit par une commission prévue par une disposition législative ou réglementaire ou par les statuts de l'organisme, soit à la suite d'un avis formulé par ladite commission, le conseil d'administration statue directement sur ces réclamations sans les soumettre préalablement à la commission prévue à l'article R. 142-1.

Article R142-6

Lorsque la décision du conseil d'administration ou de la commission n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai d'un mois, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le tribunal des affaires de sécurité sociale prévu à l'article L. 142-2.

Le délai d'un mois prévu à l'alinéa précédent court à compter de la réception de la réclamation par l'organisme de sécurité sociale. Toutefois, si des documents sont produits par le réclamant après le dépôt de la réclamation, le délai ne court qu'à dater de la réception de ces documents. Si le comité des abus de droit a été saisi d'une demande relative au même litige que celui qui a donné lieu à la réclamation, le délai ne court qu'à dater de la réception de l'avis du comité par l'organisme de recouvrement.

Article R142-7

Les contestations relatives à la mise en oeuvre des dispositions des deux premiers alinéas de l'article L. 241-5-1 du présent code et du premier alinéa de l'article L. 751-14 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas soumises à la procédure gracieuse prévue aux articles R. 142-1 à R. 142-6. Il en est de même des litiges nés de l'application des dispositions de l'article L. 133-4 relatives aux remises de majoration et de

celle des articles L. 114-17, L. 114-17-1, L. 162-12-16, L. 162-34 et L. 243-6-5 du présent code ainsi que de l'application de l'article L. 725-26 du code rural et de la pêche maritime.

Section 4 : Juridictions

Sous-section 1 : Tribunal des affaires de sécurité sociale

Article R142-8

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article L. 142-5 est le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale dans la circonscription duquel siège le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article R142-10

Le président du tribunal prend par ordonnance les mesures d'administration judiciaire.

Dans la première quinzaine du mois qui précède l'année judiciaire, il fixe, par ordonnance, le nombre, le jour, la nature des audiences et la répartition des assesseurs à ces audiences. Cette ordonnance peut être modifiée en cours d'année pour prendre en compte une modification de la composition de la juridiction, pour assurer le traitement du contentieux dans un délai raisonnable ou pour prévoir un service allégé pendant la période au cours de laquelle les fonctionnaires et les auxiliaires de justice bénéficient de leurs congés annuels.

Lorsqu'il existe plusieurs sections, il fixe, par la même ordonnance, la répartition des assesseurs dans ces sections. Un assesseur peut être affecté à plusieurs sections.

En cas d'empêchement d'un assesseur, il est pourvu à son remplacement par un suppléant.

La procédure d'injonction de payer prévue à l'article R. 142-27-1 peut être déléguée par ordonnance du président du tribunal des affaires de sécurité sociale à un ou plusieurs présidents de formation de jugement du tribunal.

Article R142-11

Les assesseurs sont convoqués aux audiences par le secrétaire, par lettre simple, quinze jours au moins avant la date d'audience.

Les assesseurs présents peuvent également être convoqués aux audiences suivantes par la remise d'un bulletin après signature de la feuille de répartition des assesseurs aux audiences.

Article R142-12

Le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire ou de l'employeur intéressé ou le siège de l'organisme défendeur en cas de conflit entre organismes ayant leur siège dans le ressort de juridictions différentes.

Toutefois, la juridiction compétente est celle dans le ressort de laquelle se trouve :

1°) le lieu de l'accident ou la résidence de l'accidenté, au choix de celui-ci, en cas d'accident du travail non mortel ;

2°) le dernier domicile de l'accidenté en cas d'accident du travail mortel ;

3°) la résidence du bénéficiaire en cas de différend entre celui-ci et l'employeur ;

4°) l'établissement de l'employeur en cas de différend portant sur des questions relatives à l'affiliation et aux cotisations des travailleurs salariés ;

5°) l'établissement concerné de l'entreprise de travail temporaire pour les contestations relatives à l'application des deux premiers alinéas de l'article L. 241-5-1 du présent code et du premier alinéa de l'article L. 751-14 du code rural et de la pêche maritime ;

6°) Le siège de l'organisme de recouvrement auprès duquel l'employeur verse ses cotisations et contributions sociales lorsqu'il est fait application du deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6 ou de l'article R. 243-8 ;

7°) Le siège de la caisse chargée de la liquidation des pensions de retraite du régime général dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement de l'employeur ou le dernier établissement en cas de changement d'employeur en cours d'année ou l'établissement dans lequel le salarié exerce son activité principale pour les contestations relatives à l'application du deuxième alinéa de l'article L. 4162-14 du code du travail.

Un arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture détermine le tribunal compétent pour statuer lorsque le domicile du demandeur n'est pas compris dans le ressort d'un des tribunaux prévus à l'article L. 142-2.

Article R142-13

Le siège et le ressort des tribunaux des affaires de sécurité sociale sont fixés conformément au tableau I annexé au présent livre.

La création de plusieurs sections au sein d'un même tribunal peut être décidée par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Chaque section est composée selon les règles fixées aux articles L. 142-4 et L. 142-5.

Le président du tribunal des affaires de sécurité sociale répartit les affaires entre les sections. Il préside une des sections quand il l'estime convenable.

Article R142-14

En cas de modification du ressort d'un tribunal des affaires de sécurité sociale, ledit tribunal demeure saisi des instances introduites devant lui à la date d'entrée en vigueur de cette modification.

Dans le cas de création de nouveaux tribunaux ou de modification des ressorts des tribunaux, il est procédé, en tant que de besoin, à la désignation des présidents, assesseurs et secrétaires des tribunaux créés ou dont les ressorts ont été modifiés.

Article R142-15

Le secrétariat du tribunal des affaires de sécurité sociale est assuré par un agent de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale dans la circonscription de laquelle fonctionne ledit tribunal ou un agent retraité des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

Article R142-16

Le secrétaire est désigné au début de chaque année judiciaire. Il prête serment devant le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le tribunal a son siège.

Le secrétaire assiste et tient la plume aux audiences. Il est tenu, notamment, d'inscrire sur un registre spécial, coté par première et dernière, paraphé par le président du tribunal des affaires de sécurité sociale, de suite et sans aucun blanc, les réclamations déposées ou reçues par lettre recommandée. Il tient les rôles et le registre des délibérations du tribunal, rédige les procès-verbaux et délivre à toute personne intéressée des extraits des décisions prises par le tribunal.

Selon les besoins du service, le secrétaire peut désigner sous sa responsabilité un ou plusieurs agents du secrétariat pour exercer partie des fonctions qui lui sont attribuées par le présent article. Au préalable, ces agents prêtent le serment prévu au premier alinéa.

Sous-section 2 : Procédure.

Article R142-17

La procédure devant le tribunal des affaires de sécurité sociale est régie par les dispositions du livre Ier du code de procédure civile sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

Article R142-18

Le tribunal des affaires de sécurité sociale est saisi, après l'accomplissement, le cas échéant, de la procédure prévue à la section 2 du présent chapitre, par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter soit de la date de la notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R. 142-6.

La forclusion ne peut être opposée toutes les fois que le recours a été introduit dans les délais soit auprès d'une autorité administrative, soit auprès d'un organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole.

Article R142-19

Le secrétaire du tribunal convoque les parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par la remise de l'acte au destinataire contre émargement ou récépissé, quinze jours au moins avant la date d'audience ; copie de la convocation est envoyée le même jour par lettre simple. Toutefois, les organismes de sécurité sociale peuvent en toutes circonstances être convoqués par lettre simple.

La convocation doit contenir les nom, profession et adresse du réclamant, l'objet de la demande ainsi que la date et l'heure de l'audience.

La convocation est réputée faite à personne lorsque l'avis de réception est signé par son destinataire ou son mandataire.

En cas de retour au secrétariat de la juridiction d'une lettre de convocation qui n'a pu être remise à son destinataire, le secrétaire invite le demandeur à procéder par voie de signification. Le secrétaire indique la date de l'audience pour laquelle la signification doit être délivrée.

Dans le cas où l'audience n'a pu se tenir en raison de l'absence d'une des parties, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise, par le greffe, d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience.

Article R142-20

Les parties peuvent comparaître personnellement ou se faire représenter par :

1° Leur conjoint ou un ascendant ou descendant en ligne directe ;

2° Un avocat ;

3° Suivant le cas, un travailleur salarié ou un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession ou un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou d'employeurs ;

4° Un administrateur ou un employé de l'organisme partie à l'instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale ;

5° Un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

Elles peuvent être assistées par une personne des catégories susnommées.

Article R142-20-1

La procédure est orale.

Article R142-20-2

Le président de la formation de jugement qui organise les échanges entre les parties comparantes peut dispenser une partie qui en fait la demande de se présenter à une audience ultérieure, conformément au second alinéa de l'article 446-1 du code de procédure civile. Dans ce cas, la communication entre les parties est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par notification entre avocats et il en est justifié auprès du tribunal dans les délais impartis par le président.

En cours d'instance, toute partie peut aussi exposer ses moyens par lettre adressée au tribunal, à condition de justifier que l'adversaire en a eu connaissance avant l'audience par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La partie qui use de cette faculté peut ne pas se présenter à l'audience, conformément au second alinéa de l'article 446-1 du code de procédure civile.

Article R142-21

Lorsqu'en application de l'article L. 142-7 le tribunal n'a pu siéger et que l'affaire est reportée à une audience ultérieure, les parties présentes sont convoquées à nouveau verbalement avec émargement au dossier et remise par le secrétariat d'un bulletin mentionnant la date de l'audience, sous réserve des dispositions de l'article R. 142-20-2. Les parties absentes sont convoquées à nouveau selon les modalités prévues à l'article R. 142-19.

Le tribunal des affaires de sécurité sociale ne statue qu'après s'être efforcé, sans résultat, de concilier les parties.

Article R142-21-1

Dans tous les cas d'urgence, le président du tribunal des affaires de sécurité sociale peut, dans les limites de la compétence dudit tribunal, ordonner en référé toutes les mesures qui ne se heurtent à aucune contestation sérieuse ou que justifie l'existence d'un différend.

Le président du tribunal des affaires de sécurité sociale peut, dans les mêmes limites, prescrire en référé les mesures conservatoires ou de remise en état qui s'imposent, soit pour prévenir un dommage imminent, soit pour faire cesser un trouble manifestement illicite.

Dans les cas où l'existence de l'obligation n'est pas sérieusement contestable, il peut accorder une provision au créancier.

La demande en référé est formée au choix du demandeur, soit par acte d'huissier de justice, soit dans les conditions prévues à l'alinéa 1er de l'article R. 142-18. Lorsque la demande est formée dans les conditions prévues à l'article R. 142-18, les dispositions de l'article R. 142-19 sont applicables.

Les articles 484 et 486 à 492 du code de procédure civile sont applicables au référé du président du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Les articles R. 142-28 et R. 142-29 sont applicables à l'appel de l'ordonnance de référé à l'exception du délai d'un mois prévu au premier alinéa de l'article R. 142-28.

Article R142-22

Le tribunal des affaires de sécurité sociale peut ordonner un complément d'instruction et notamment prescrire une enquête ou une consultation.

Il peut également ordonner une expertise dans les conditions suivantes :

1° Les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, y compris celles formées en application de l'article L. 141-2, sont soumises à un expert inscrit sur l'une des listes visées à l'article R. 141-1 ;

2° Les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'exams de biologie médicale sont soumises, en application de l'article L. 141-2-1, à un expert inscrit sur la liste nationale mentionnée à l'article R. 142-24-3.

Le tribunal peut donner mission à son président de procéder à ces mesures d'instruction.

Le président peut, en outre, et en tout état de la procédure, mettre les parties en demeure, par une ordonnance non susceptible de recours, de produire dans un délai qu'il détermine toutes pièces écrites, conclusions ou justifications propres à éclairer le tribunal, faute de quoi le tribunal peut passer outre et statuer, sauf à tirer toute conséquence de l'abstention de la partie ou de son refus.

L'instance est périmée lorsque les parties s'abstiennent d'accomplir, pendant le délai de deux ans mentionné à l'article 386 du code de procédure civile, les diligences qui ont été expressément mises à leur charge par la juridiction.

Article R142-24

Lorsque le différend fait apparaître en cours d'instance une difficulté d'ordre médical relative à l'état du malade ou de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, notamment à la date de la consolidation ou de la guérison, le tribunal ne peut statuer qu'après mise en oeuvre de la procédure d'expertise médicale prévue à l'article L. 141-1.

Dans ce cas, la mission confiée à l'expert ou au comité et les questions qui lui sont posées sont fixées par une décision du tribunal.

Le médecin expert ou le comité adresse son rapport au secrétaire du tribunal dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande d'expertise qui lui a été adressée par la caisse.

Le secrétaire du tribunal transmet, au plus tard dans les quarante-huit heures suivant sa réception, copie du rapport au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie ainsi qu'à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ou au médecin traitant du malade.

Article R142-24-1

Lorsque le différend porte sur une décision prise après mise en oeuvre de la procédure d'expertise médicale prévue à l'article L. 141-1, le tribunal peut ordonner une nouvelle expertise si une partie en fait la demande. Dans ce cas, les règles prévues aux articles R. 141-1 à R. 141-10 s'appliquent sous réserve des dispositions du présent article.

Le tribunal ordonne la nouvelle expertise au vu du rapport mentionné soit au cinquième alinéa de l'article R. 141-4, soit au troisième alinéa de l'article R. 142-24, et au vu des observations des parties.

Dans le cas où l'assuré est directement destinataire du rapport mentionné à l'article R. 141-4, celui-ci est joint à la requête introductive d'instance. Dans les autres cas, le rapport d'expertise est communiqué au tribunal par le service du contrôle médical de la caisse d'affiliation de l'assuré.

Le nouvel expert est désigné par le tribunal parmi les experts spécialisés en matière de sécurité sociale inscrits sur les listes mentionnées au premier alinéa de l'article R. 141-1.

La mission de l'expert ainsi désigné et les questions qui lui sont posées sont fixées par décision du tribunal.

L'expert procède à l'examen du malade ou de la victime dans les cinq jours suivant la notification de la décision le désignant.

Le rapport de l'expert comporte le rappel de l'énoncé de la mission et des questions fixées par le tribunal.

L'expert adresse son rapport au secrétaire du tribunal dans le délai d'un mois à compter de la date de notification de la décision le désignant.

Le secrétaire du tribunal transmet, au plus tard dans les quarante-huit heures suivant sa réception, copie du rapport au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie ainsi qu'à la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle ou au médecin traitant du malade.

Article R142-24-2

Lorsque le différend porte sur la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une maladie dans les conditions prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 461-1, le tribunal recueille préalablement l'avis d'un comité régional autre que celui qui a déjà été saisi par la caisse en application du cinquième alinéa de l'article L. 461-1.

Le tribunal désigne alors le comité d'une des régions les plus proches.

Article R142-24-3

Lorsque le différend fait apparaître en cours d'instance une difficulté d'ordre technique portant sur l'interprétation des dispositions relatives à la liste des actes et prestations prévue par l'article L. 162-1-7, le tribunal peut ordonner une expertise.

Celle-ci est confiée à un expert inscrit sur une des listes dressées en application des 1° et 2° du I de l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires sous la rubrique "experts spécialisés dans l'interprétation de la liste des actes et prestations prévue à l'article L. 162-1-7".

Nul ne peut être inscrit ou réinscrit comme expert sous cette rubrique si le dossier de l'instruction de la demande d'inscription ou de réinscription, prévue aux articles 7, 11 ou 17 du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires, ne comprend pas les avis favorables de la Haute Autorité de santé et du président de la commission de hiérarchisation mentionnée à l'article L. 162-1-7 compétente pour la profession du candidat.

Cet avis est sollicité, selon la liste demandée par l'intéressé, par le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le candidat exerce son activité professionnelle ou possède sa résidence ou bien par le procureur général près la Cour de cassation ; ceux-ci transmettent à la Haute Autorité de santé et au président de la commission de hiérarchisation compétente la demande d'inscription ou de réinscription reçue en application des articles 6, 10 ou 17 du décret du 23 décembre 2004 précité.

Article R142-25

Le tribunal des affaires de sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de 4 000 euros.

La décision du tribunal des affaires de sécurité sociale n'est pas susceptible d'opposition.

Article R142-26

Les décisions relatives à l'indemnité journalière sont, nonobstant appel, exécutoires par provision pour l'indemnité échue depuis l'accident jusqu'au trentième jour qui suit l'appel. Passé ce délai, l'exécution provisoire ne peut être continuée que de mois en mois, sur requête adressée, pour chaque période mensuelle, au président du tribunal des affaires de sécurité sociale dont la décision a été frappée d'appel, statuant seul. Les décisions du président sont susceptibles de recours en cassation pour violation de la loi. Le tribunal peut ordonner l'exécution par provision de toutes ses décisions.

Article R142-27

Le secrétaire du tribunal notifie par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, dans la quinzaine, les décisions à chacune des parties convoquées à l'audience.

Article R142-27-1

Le recouvrement d'une créance peut être demandé suivant la procédure d'injonction de payer lorsqu'elle résulte d'une prise en charge injustifiée ou d'un indu de prestation.

La demande est portée devant le président du tribunal du lieu où demeure le débiteur. Tout autre juge se déclare d'office incompétent.

La procédure est régie par les articles 1407 et suivants du code de procédure civile, à l'exception des dispositions propres à la procédure applicable devant le tribunal de grande instance.

L'opposition est portée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale dont le président a rendu la décision.

Sous-section 3 : Appel et opposition.

Article R142-28

Les parties peuvent interjeter appel dans un délai d'un mois à compter de la notification.

Peuvent également interjeter appel dans le même délai, à compter de la notification aux parties :

1°) le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale ;

2°) le ministre chargé de l'agriculture ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole.

L'appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé au greffe de la cour. La déclaration est accompagnée de la copie de la décision.

Outre les mentions prescrites par l'article 58 du code de procédure civile, la déclaration désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne, le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la cour.

L'appel est porté devant la chambre sociale de la cour d'appel. Il est formé, instruit et jugé suivant la procédure sans représentation obligatoire.

Article R142-29

Le greffier informe de la date de l'audience le ministre chargé de la sécurité sociale pour les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture pour les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole, s'ils ne sont pas convoqués en qualité d'appelants.

Peuvent prendre connaissance du dossier au greffe et présenter devant la cour des observations écrites ou orales :

1°) le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale ;

2°) le ministre chargé de l'agriculture ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole.

Le greffier accomplit, en ce qui concerne l'arrêt de la cour, les formalités prévues à l'article R. 142-27 pour les décisions du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article R142-30

Les dispositions des articles R. 142-22 à R. 142-24-1 et de l'article R. 142-24-3 relatives à la procédure devant le tribunal des affaires de sécurité sociale sont applicables à la procédure devant la cour d'appel.

Article R142-31

L'opposition ne peut être formée par une partie contre l'arrêt de la cour d'appel que s'il n'est pas établi que la lettre de convocation lui soit parvenue et si elle n'a pas été citée à personne par exploit d'huissier.

Section 5 : Dispositions spéciales relatives à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles survenus aux salariés agricoles.

Article R142-32

Sous réserve des dispositions des articles 1156 et 1158 du code rural et de celles des articles R. 142-33 à R. 142-40 du présent code, les différends auxquels donne lieu l'application de la législation et de la réglementation relatives au régime d'assurance institué par le chapitre 1er du titre III du livre VII du code rural relèvent de la compétence des juridictions du contentieux général de la sécurité sociale, dans les conditions fixées aux sections 1 à 3 du présent chapitre.

Article R142-33

La victime qui conteste la décision de la caisse de mutualité sociale agricole relative à la date de guérison ou de consolidation de la blessure ou, en cas de révision, à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou de la modification de cet état, doit saisir le président du tribunal des affaires de sécurité sociale, dans le ressort duquel se trouve le lieu de l'accident ou sa résidence à son choix.

La victime saisit directement le président dudit tribunal, par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée, dans le délai de deux mois à compter du jour où la décision lui a été notifiée.

Article R142-34

La victime qui refuse le taux d'incapacité permanente de travail arrêté ou confirmé par la caisse dans les conditions fixées par l'article 29 du décret n° 73-598 du 29 juin 1973 ou par les quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 461-1 doit également saisir le président du tribunal des affaires de sécurité sociale, dans le ressort duquel se trouve le lieu de l'accident ou sa résidence à son choix.

La victime saisit le président dudit tribunal selon les modalités indiquées au deuxième alinéa de l'article R. 142-33 dans le délai d'un mois à compter du jour où lui ont été notifiés, soit les termes de l'accord réalisé sur le taux d'incapacité permanente de travail, soit la confirmation des propositions initiales notifiées par la caisse et relatives à ce taux d'incapacité.

Article R142-35

Si, dans une des situations mentionnées aux articles R. 142-33 et R. 142-34, ni la résidence de la victime, ni le lieu de l'accident ne sont compris dans le ressort d'un tribunal des affaires de sécurité sociale, la victime

ou ses ayants droit doivent saisir le président du tribunal dans le ressort duquel se trouve le siège de la caisse défenderesse.

Article R142-36

La forclusion ne peut être opposée à la victime que si la notification par la caisse de la confirmation des propositions relatives au taux d'incapacité, de l'accord réalisé sur ce taux ou de sa décision concernant la date de guérison ou de consolidation ou la demande en révision effectuée par la victime, porte mention du délai d'un ou de deux mois, selon le cas.

Article R142-37

Dans les cas prévus aux articles R. 142-33 et R. 142-34, le président convoque aux fins de conciliation, dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle il a été saisi *point de départ*, la victime ou, le cas échéant, ses ayants droit et le représentant de la caisse de mutualité sociale agricole. Il peut, après avoir préalablement consulté les parties, commettre un expert. Celui-ci doit déposer son rapport dans le délai de quinze jours au secrétariat du tribunal et l'adresser aux parties.

Si l'expert ne dépose pas son rapport dans le délai prévu au premier alinéa du présent article, il peut être dessaisi de sa mission par le président du tribunal des affaires de sécurité sociale à moins qu'en raison de difficultés particulières, il n'ait obtenu de prolongation de ce délai.

Dès réception du rapport par le président, les parties sont convoquées à la plus prochaine audience de conciliation.

Les convocations prévues tant au premier alinéa qu'au troisième alinéa du présent article doivent faire connaître à la victime ou à ses ayants droit qu'ils peuvent se faire assister éventuellement d'un médecin de leur choix.

Article R142-38

Si la tentative de conciliation aboutit à un accord, celui-ci est homologué par une ordonnance non susceptible d'appel du président du tribunal des affaires de sécurité sociale qui en précise les termes.

Cette ordonnance a force exécutoire.

En cas de désaccord, l'affaire est inscrite d'office à la première audience utile du tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article R142-39

A tous les stades de la procédure, le régime de l'expertise est celui qui est défini par le code de procédure civile. Toutefois, les frais d'expertise sont réglés, sans consignation préalable de provision, selon les modalités définies à l'article L. 144-2. Les dispositions de l'article R. 142-24 ne sont pas applicables aux litiges relatifs à l'application de la présente section.

Toutes les fois qu'une expertise médicale est ordonnée, l'expert ne peut être ni le médecin qui a soigné le blessé, ni le médecin attaché à l'entreprise ou l'exploitation agricole ou à une caisse de mutualité sociale agricole.

S'il s'agit d'une expertise non médicale, l'expert ne doit être ni apparenté à la victime ou au chef d'exploitation ou d'entreprise, ni au service de l'un ou de l'autre, ni administrateur ou membre du personnel d'un organisme de la mutualité sociale agricole ou d'une entreprise d'assurance.

L'expert doit déposer son rapport dans le délai indiqué au premier alinéa de l'article R. 142-37. Il peut être dessaisi dans les conditions prévues au deuxième alinéa du même article.

Article R142-40

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 142-18, des articles R. 142-19, R. 142-20 et R. 142-23 sont applicables à la procédure de conciliation prévue à l'article R. 142-37.

Les dispositions des articles R. 142-1 à R. 142-6 et de l'article R. 142-21 ne sont pas applicables à cette procédure de conciliation.

Section 6 : Dispositions spéciales relatives aux procédures amiables et contentieuses en matière de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles des non-salariés agricoles et des personnes mentionnées à l'article L. 731-23 du code rural

Sous-section 1 : Dispositions spéciales relatives aux procédures amiables

Article R142-41

Sous réserve des dispositions de l'article L. 752-19 du code rural et de la pêche maritime et des dispositions du présent article, les différends auxquels donne lieu l'application de la législation et de la réglementation relatives au régime d'assurance institué par le chapitre II du titre V du livre VII du code rural et de la pêche

maritime par les caisses de mutualité sociale agricole sont soumis aux commissions de recours amiable instituées par l'article R. 142-1 dans les conditions définies à la section 2 du présent chapitre, à l'exception des réclamations formées contre les décisions mentionnées à l'article R. 142-50.

Toutefois, par dérogation à l'article R.142-5, les contestations relatives aux décisions prises par les caisses sur proposition de la commission des rentes instituée par l'article 10 du décret n° 2002-200 du 14 février 2002 relatif aux prestations de l'assurance des non-salariés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles sont soumises pour avis, dans le délai prévu à l'article R. 142-1, aux commissions de recours amiables auxquelles le conseil d'administration des caisses peut déléguer tout ou partie de ses attributions pour statuer sur ces contestations.

Sous-section 2 : Dispositions spéciales relatives aux procédures contentieuses

Article R142-49

Sous réserve des dispositions de l'article L. 752-19 du code rural et de la pêche maritime et de celles des articles R. 142-50 à R. 142-52, les différends auxquels donne lieu l'application de la législation et de la réglementation relatives au régime d'assurance institué par le chapitre II du titre V du livre VII du code rural et de la pêche maritime relèvent de la compétence des juridictions du contentieux général de la sécurité sociale dans les conditions fixées par les dispositions de la section 4 du présent chapitre.

Article R142-50

Les règles relatives aux délais et modalités de saisine du tribunal des affaires de sécurité sociale et à sa compétence territoriale définies par les articles R. 142-33 et R. 142-34 sont applicables aux contestations des décisions de la caisse de mutualité sociale agricole relatives respectivement :

- à la date de guérison ou de consolidation de la blessure ou, en cas de révision, à l'appréciation de l'état d'incapacité permanente ou à la modification de cet état ;
- au taux d'incapacité permanente de travail arrêté ou confirmé dans les conditions fixées par les articles 11 et 12 du décret n° 2002-200 du 14 février 2002 relatif aux prestations de l'assurance des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ou par les quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 461-1.

Si ni le lieu de l'accident, ni le siège de l'exploitation ou de l'entreprise agricole, ni le lieu de résidence de la victime ne sont compris dans le ressort d'un tribunal des affaires de sécurité sociale, la victime ou ses ayants droit saisissent le tribunal dans le ressort duquel se trouve le siège de la caisse de mutualité sociale agricole.

Article R142-51

La forclusion ne peut être opposée à la victime que si la notification de la décision porte mention des délais et voies de recours.

Article R142-52

Dans les cas prévus à l'article R. 142-50, le secrétaire du tribunal des affaires de sécurité sociale convoque aux fins de conciliation, dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle le tribunal a été saisi, la victime ou, le cas échéant, ses ayants droit et le représentant de la caisse de mutualité sociale agricole.

Les dispositions des articles R. 142-37 à R. 142-39 sont applicables à cette procédure de conciliation.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 3 : Contentieux technique de la sécurité sociale

Section 2 : Tribunaux du contentieux de l'incapacité

Sous-section 1 : Compétence et organisation.

Article R143-1

Les réclamations relevant du 2° de l'article L. 143-1 peuvent, sur demande du requérant, être soumises au préalable à la commission de recours amiable mentionnée à l'article R. 142-1. Lorsque la décision de la commission de recours amiable n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai d'un mois déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 142-6, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant la juridiction compétente.

Article R143-2

Dans le cas où la contestation de la victime portant sur l'état d'incapacité permanente fait apparaître des difficultés de toute nature relatives au caractère professionnel d'une lésion, le tribunal du contentieux de l'incapacité, après avoir recueilli les observations des parties, surseoit à statuer sur le taux d'incapacité permanente partielle dans l'attente de la décision sur le caractère professionnel de la lésion.

Article R143-3

Le tribunal du contentieux de l'incapacité compétent est celui du lieu où demeure le demandeur. Si le demandeur ne demeure pas en France, le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel l'organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, dont relève ou relevait le demandeur, a son siège.

Article R143-3-1

Le siège et le ressort des tribunaux du contentieux de l'incapacité sont fixés conformément au tableau II annexé au présent livre.

Article R143-3-2

La création de plusieurs formations de jugement au sein d'un même tribunal peut être décidée par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Le président du tribunal du contentieux de l'incapacité répartit les affaires entre les formations de jugement. Il préside une des formations quand il l'estime convenable.

Article R143-3-3

Lorsqu'un tribunal du contentieux de l'incapacité est créé ou lorsque le ressort d'un tribunal du contentieux de l'incapacité est modifié par suite d'une nouvelle délimitation des circonscriptions administratives ou judiciaires, le tribunal compétent primitivement saisi demeure compétent pour statuer sur les procédures introduites antérieurement à la date de création du tribunal compétent ou de modification du ressort.

Lorsqu'un tribunal du contentieux de l'incapacité est supprimé, toutes les procédures en cours devant cette juridiction à la date d'entrée en vigueur du décret de suppression sont transférées en l'état au tribunal du contentieux de l'incapacité dans le ressort duquel est situé le siège du tribunal du contentieux de l'incapacité supprimé, sans qu'il y ait lieu de renouveler les actes, formalités et jugements régulièrement intervenus antérieurement à cette date, à l'exception des convocations, citations et assignations données aux parties et aux témoins à fin de comparution personnelle.

Les archives et minutes du secrétariat du tribunal supprimé sont transférées au secrétariat du tribunal du contentieux de l'incapacité dans le ressort duquel est situé le siège du tribunal du contentieux de l'incapacité supprimé.

Article R143-4

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au neuvième alinéa de l'article L. 143-2 est le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale dans la circonscription duquel siège le tribunal du contentieux de l'incapacité.

Article R143-5

Le président du tribunal prend par ordonnance les mesures d'administration judiciaire.

Dans la première quinzaine du mois qui précède l'année judiciaire, il fixe, par ordonnance, le nombre, le jour, la nature des audiences et la répartition des assesseurs à ces audiences. Cette ordonnance peut être modifiée en cours d'année pour prendre en compte une modification de la composition de la juridiction, pour assurer le traitement du contentieux dans un délai raisonnable ou pour prévoir un service allégé pendant la période au cours de laquelle les fonctionnaires et les auxiliaires de justice bénéficient de leurs congés annuels.

Lorsqu'il existe plusieurs formations de jugement, il fixe, par la même ordonnance, la répartition des assesseurs dans ces formations. Un assesseur peut être affecté à plusieurs formations.

En cas d'empêchement d'un assesseur, il est pourvu à son remplacement par un suppléant.

Article R143-5-1

Les assesseurs sont convoqués aux audiences par le secrétaire du tribunal par lettre simple, quinze jours au moins avant la date de l'audience.

Les assesseurs présents peuvent également être convoqués aux audiences suivantes par la remise d'un bulletin après signature de la feuille de répartition des assesseurs aux audiences.

Article R143-5-3

Le président du tribunal du contentieux de l'incapacité est responsable du fonctionnement de la juridiction qu'il préside. Le secrétaire du tribunal est placé pour l'exercice de ses fonctions dans la juridiction sous l'autorité exclusive du président du tribunal.

Sous-section 2 : Procédure

Article R143-6

La procédure devant le tribunal du contentieux de l'incapacité est régie par les dispositions du livre Ier du code de procédure civile sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

Article R143-7

Le tribunal du contentieux de l'incapacité est saisi des recours par déclaration faite, remise ou adressée au secrétariat du tribunal où elle est enregistrée.

Le recours contre la décision de la caisse doit être présenté dans le délai de deux mois à compter de la date de la notification de cette décision. Toutefois, en cas de recours amiable, ce délai est interrompu. Il court à nouveau à compter soit du jour de la notification au requérant de la décision de la commission de recours amiable, soit à l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R. 143-1.

Le recours n'est pas suspensif, sous réserve de dispositions législatives particulières, et notamment de celles du premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles.

Outre les mentions prescrites par l'article 58 du code de procédure civile, la déclaration indique, le cas échéant, le nom et l'adresse du médecin que le demandeur désigne pour recevoir les documents médicaux. Elle contient un exposé sommaire des motifs de la demande. Elle est accompagnée d'une copie de la décision contestée.

Article R143-8

Dans les dix jours suivant la réception de la déclaration, le secrétariat du tribunal en adresse copie à la caisse intéressée et l'invite à présenter ses observations écrites, en trois exemplaires, dans un délai de dix jours.

Dans ce même délai, la caisse est tenue de transmettre au secrétariat les documents médicaux concernant l'affaire et d'en adresser copie au requérant ou, le cas échéant, au médecin qu'il a désigné.

Article R143-9

Le secrétaire du tribunal convoque les parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par la remise de l'acte au destinataire contre émargement ou récépissé, quinze jours au moins avant la date de l'audience ; copie de la convocation est envoyée le même jour par lettre simple. Toutefois, les organismes de sécurité sociale peuvent en toutes circonstances être convoqués par lettre simple.

La convocation doit contenir les nom, prénoms, profession et adresse du réclamant, l'objet de la demande ainsi que la date et l'heure de l'audience.

La convocation est réputée faite à personne lorsque l'avis de réception est signé par son destinataire ou son mandataire.

En cas de retour au secrétariat de la juridiction d'une lettre de convocation qui n'a pu être remise à son destinataire, le secrétaire invite le demandeur à procéder par voie de signification. Le secrétaire indique la date de l'audience pour laquelle la signification doit être délivrée.

Dans le cas où une audience n'a pu se tenir, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise, par le greffe, d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience.

Article R143-9-1

Lorsqu'en application de l'article L. 143-2-3 le tribunal n'a pu siéger et que l'affaire est reportée à une audience ultérieure, les parties présentes sont convoquées à nouveau verbalement avec émargement au dossier et remise par le secrétariat d'un bulletin mentionnant la date de l'audience, sous réserve des dispositions de l'article R. 143-10-1. Les parties absentes sont convoquées à nouveau selon les modalités prévues à l'article R. 143-9.

Article R143-10

Les parties comparaissent en personne.

Article R143-10-1

La procédure est orale.

Le président de la formation de jugement qui organise les échanges entre les parties comparantes peut dispenser une partie qui en fait la demande de se présenter à une audience ultérieure, conformément au second alinéa de l'article 446-1 du code de procédure civile. Dans ce cas, la communication entre les parties est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par notification entre avocats et il en est justifié auprès du tribunal dans les délais impartis par le président.

En cours d'instance, toute partie peut aussi exposer ses moyens par lettre adressée au tribunal, à condition de justifier que l'adversaire en a eu connaissance avant l'audience par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La partie qui use de cette faculté peut ne pas se présenter à l'audience, conformément au second alinéa de l'article 446-1 du code de procédure civile.

Article R143-11

Le président de la formation de jugement constate la conciliation, même partielle, des parties et l'extinction de l'instance.

Article R143-12

Le président de la formation de jugement tranche les difficultés relatives à la communication des pièces et procède aux jonctions et disjonctions d'instance.

Article R143-13

Le président de la formation de jugement peut ordonner, d'office ou à la demande des parties, une consultation ou une expertise, ou prescrire une enquête portant, notamment, sur l'orientation professionnelle éventuelle du requérant et sur ses possibilités de placement. Les mesures d'instruction ordonnées peuvent être exécutées sur-le-champ par le technicien avisé de sa mission par tout moyen. Dans ce cas, le technicien fait immédiatement rapport au tribunal de ses constatations en présence des parties.

Lorsqu'il ordonne une expertise, le président de la formation de jugement détermine par une décision la mission confiée à l'expert, les questions qui lui sont posées et le délai dans lequel l'expert devra donner son avis. Le médecin expert adresse son rapport au secrétaire du tribunal dans le délai imparti qui court à compter de la réception de la demande d'expertise qui lui a été adressée. A défaut, il est pourvu à son remplacement par simple ordonnance.

Lorsque les mesures d'instruction ne sont pas exécutées sur-le-champ, le secrétariat du tribunal adresse à chaque partie ou, le cas échéant, au médecin qu'elle a désigné, par lettre recommandée, une copie des rapports et des documents consignants les résultats des examens, analyses ou enquêtes ordonnés par le tribunal ou des informations qu'il a recueillies. Cette lettre avise également les parties de la date de l'audience à laquelle sera évoquée l'affaire.

Article R143-14

Les décisions du tribunal doivent être motivées. Elles sont prononcées en audience publique.

Le secrétariat du tribunal notifie dans les quinze jours la décision à chacune des parties, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La notification porte mention des délais et des voies de recours. Les parties sont avisées des mesures d'administration judiciaire verbalement avec émargement au dossier ou par lettre simple.

La décision du tribunal du contentieux de l'incapacité n'est pas susceptible d'opposition.

Les parties peuvent interjeter appel de la décision du tribunal dans les conditions prévues aux articles R. 143-23 et R. 143-24.

L'appel a un effet suspensif.

Section 3 : Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail

Sous-section 1 : Compétence et organisation.

Article R143-15

La Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail comporte quatre sections qui connaissent respectivement :

1° Des contestations mentionnées au 4° de l'article L. 143-1 et à l'article L. 242-5 et relatives à la tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles des régimes autres qu'agricoles ;

2° Des contestations mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 143-1 et relatives à l'état ou au degré d'invalidité, à l'état d'inaptitude au travail, à l'état d'incapacité permanente de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle concernant les régimes autres qu'agricoles ;

3° Des contestations en matière de législation sociale agricole :

a) Mentionnées au 4° de l'article L. 143-1 et à l'article L. 752-19 du code rural et de la pêche maritime et relatives à la tarification de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

b) Mentionnées au 3° de l'article L. 143-1 et relatives à l'état et au degré d'invalidité ou à l'état d'inaptitude au travail, lorsqu'elle n'est pas due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;

c) Mentionnées au 3° de l'article L. 143-1 et relatives à l'état d'incapacité permanente de travail en cas d'accident du travail survenu ou de maladie professionnelle constatée, dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ainsi que des contestations prévues au premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles pour les ressortissants du régime agricole ;

4° Des contestations prévues au premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles pour les ressortissants des régimes autres qu'agricoles.

Article R143-16

Le siège de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est fixé à Amiens.

Article R143-17

Dans les quinze jours suivant leur désignation, les assesseurs titulaires et les assesseurs suppléants qui n'ont pas encore exercé de fonctions judiciaires sont invités, par le procureur général près la cour d'appel d'Amiens, à se présenter devant la cour pour prêter serment.

Le premier président de la cour d'appel ou le magistrat délégué par lui, siégeant en audience publique et en présence du procureur général, reçoit la prestation de serment des assesseurs.

Au cours de leur réception, les assesseurs titulaires ou suppléants prêtent individuellement le serment suivant : "Je jure de remplir mes devoirs avec zèle et intégrité et de garder le secret des délibérations".

Il est dressé procès-verbal de la réception du serment.

Article R143-17-1

L'installation du président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail et des présidents de section et l'installation des assesseurs a lieu en audience publique, au siège de la cour nationale, sous la présidence du premier président de la cour d'appel d'Amiens, ou du magistrat délégué par lui et en présence du procureur général près ladite cour d'appel.

Il est dressé procès-verbal de cette installation.

Article R143-18

Le président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail prend par ordonnance les mesures d'administration judiciaire.

Dans la première quinzaine du mois qui précède l'année judiciaire, le président fixe, par ordonnance, le nombre, le jour et la nature des audiences.

Cette ordonnance peut être modifiée en cours d'année pour prendre en compte une modification de la composition de la juridiction, pour assurer le traitement du contentieux dans un délai raisonnable ou pour prévoir un service allégé pendant la période au cours de laquelle les fonctionnaires et les auxiliaires de justice bénéficient de leurs congés annuels.

Il fixe, par la même ordonnance, la répartition des présidents et des assesseurs dans les sections. Un assesseur peut être affecté à plusieurs sections.

Les assesseurs siègent à tour de rôle, dans l'ordre de l'inscription résultant de l'ordonnance.

En cas d'empêchement d'un assesseur, il est pourvu à son remplacement par un suppléant.

Article R143-18-1

Dans la première quinzaine du mois qui précède l'année judiciaire, le président désigne, par ordonnance, l'un des présidents de section pour le suppléer, s'il y a lieu, dans ses fonctions.

En cas de vacance ou d'empêchement d'un président de section, le président de la cour désigne un autre président de section pour le service de l'audience, suivant les modalités fixées à l'article R. 143-18.

Article R143-19

Le président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail répartit les affaires entre les sections.

Il peut, pour l'examen d'une affaire, réunir plusieurs sections sous sa présidence.

Il préside une des sections de la cour nationale quand il l'estime convenable.

Article R143-20

Le président de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est responsable du fonctionnement de la juridiction qu'il préside. Le secrétaire général et les secrétaires généraux adjoints sont placés pour l'exercice de leurs fonctions dans la juridiction sous l'autorité exclusive du président de la cour.

Sous-section 2 : Procédure

Article R143-20-1

La procédure devant la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est régie par les dispositions du livre Ier du code de procédure civile sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

Article R143-21

Le recours de l'employeur mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 242-5, à l'article L. 242-7 et au sixième alinéa de l'article L. 452-2, est introduit dans le délai de deux mois à compter de la date de réception de la notification par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail de sa décision concernant les taux d'accident du travail, les ristournes, les cotisations supplémentaires et la contribution prévue à l'article L. 437-1.

L'autorité mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 242-5 et à l'article L. 242-7 est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. Le recours est introduit dans le même délai à compter du jour de la décision.

Le recours de l'employeur prévu aux articles L. 751-16, L. 751-21 et R. 751-71 du code rural et de la pêche maritime ainsi que le recours du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole prévu à l'article L. 752-19 du même code sont introduits dans le délai de deux mois à compter respectivement de la date de réception de la notification par la caisse de mutualité sociale agricole de sa décision concernant les taux d'accidents

du travail, les ristournes et les cotisations supplémentaires ou de la date de notification de sa décision de classement de l'exploitation ou de l'entreprise agricole dans une des catégories de risque retenues par le ministre chargé de l'agriculture.

Le recours du responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 est introduit dans le même délai à compter du jour de la décision.

Au cas où le requérant aurait, au préalable, dans les conditions de délai indiquées aux quatre alinéas précédents, saisi, selon le cas, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou la caisse de mutualité sociale agricole d'une réclamation gracieuse, le délai de recours devant la cour court du jour où est notifiée la décision de la caisse sur le recours gracieux. Toutefois, si à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de l'introduction du recours gracieux, l'intéressé n'a pas reçu notification d'une telle décision, le recours doit être regardé comme rejeté et le délai imparti pour saisir la cour court du jour où intervient cette décision implicite de rejet.

Article R143-22

Dans les cas mentionnés à l'article R. 143-21, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est saisie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressés à son secrétariat général.

Les recours sont établis en triple exemplaire. Ils sont accompagnés de mémoires justificatifs établis également en triple exemplaire et déposés dans le même délai.

Le secrétariat de la cour transmet l'un des exemplaires des recours et des mémoires justificatifs à la partie adverse et l'invite à présenter, sous forme de mémoire en triple exemplaire, ses observations écrites dans un délai de vingt jours.

Le secrétariat communique ces observations aux autres parties qui peuvent présenter un nouveau mémoire dans un délai de vingt jours.

Article R143-23

L'appel formé en application de l'article R. 143-14 est introduit dans le délai d'un mois à compter de la date de la notification de la décision prise par le tribunal du contentieux de l'incapacité.

Article R143-24

Cet appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé avec demande d'avis de réception au secrétariat du tribunal du contentieux de l'incapacité qui a rendu le jugement.

Outre les mentions prescrites par l'article 58 du code de procédure civile, la déclaration désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne, le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la cour.

Le secrétaire du tribunal du contentieux de l'incapacité enregistre l'appel à sa date ; il délivre, ou adresse par lettre simple, récépissé de la déclaration. Dès l'accomplissement des formalités par l'appelant, le secrétaire avise, par lettre simple, la partie adverse de l'appel ; simultanément, il transmet au secrétariat général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail l'intégralité du dossier de l'affaire avec copie du jugement, de la déclaration de l'appelant et de la lettre avisant la partie adverse.

Article R143-25

Dès réception du dossier d'appel, le secrétaire général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail invite les parties en cause, ou leur représentant, à présenter, dans un délai de vingt jours, un mémoire accompagné, le cas échéant, des observations de la personne qu'elles ont choisie pour les représenter ou les assister.

Le secrétaire général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail assure la communication des mémoires et des pièces jointes aux parties ou, le cas échéant, au médecin qu'elles ont désigné lorsqu'il s'agit de documents médicaux, et les avise qu'elles peuvent présenter, par un mémoire en réponse des observations en réplique et des pièces nouvelles dans un délai de vingt jours courant de la réception de cette communication.

Les mémoires, pièces et observations produits par les parties sont établis en triple exemplaire.

La date des prétentions d'une partie est celle de la communication aux autres parties du mémoire qui les contient.

Article R143-26

Les parties se défendent elles-mêmes. Elles ont la faculté de se faire assister ou représenter par l'une des personnes mentionnées à l'article L. 144-3.

La procédure est orale, sous les réserves ci-après :

1° Les parties qui adressent à la cour un mémoire dans les conditions prévues par l'article R. 143-25 sont dispensées de se présenter à l'audience conformément à l'article 446-1 du code de procédure civile ;

2° Les décisions du président de la section en application de l'article R. 143-27 peuvent être prises sans audience préalable, après avoir, dans ce cas, recueilli les observations écrites des parties ou les avoir invitées à présenter leurs observations.

Article R143-27

Lorsque l'affaire n'est pas en état d'être jugée, le président de la section à laquelle elle a été confiée en assure l'instruction.

Il peut inviter les parties à fournir les explications qu'il estime nécessaires à la solution du litige et les mettre en demeure de produire, dans un délai qu'il détermine, tous documents ou justifications propres à éclairer la cour, faute de quoi il peut passer outre et renvoyer l'affaire devant la section qui tirera toute conséquence de l'abstention de la partie ou de son refus.

Il peut ordonner, le cas échéant à peine d'astreinte, la production de documents détenus par un tiers s'il n'existe pas d'empêchement légitime.

Il peut ordonner, même d'office, toute mesure d'instruction et notamment désigner, à titre de consultation, un ou plusieurs médecins experts chargés d'examiner le dossier médical soumis à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.

Il constate la conciliation, même partielle, des parties et l'extinction de l'instance.

Il tranche les difficultés relatives à la communication des pièces. Il procède aux jonctions et disjonctions d'instance.

Il peut déclarer l'appel irrecevable et trancher à cette occasion toute question ayant trait à la recevabilité de l'appel.

Les décisions du président de section chargé d'instruire l'affaire n'ont pas, au principal, l'autorité de la chose jugée. Elles ne sont susceptibles d'aucun recours indépendamment de la décision sur le fond. Toutefois, elles peuvent être déférées par simple requête à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail dans un délai de quinze jours à compter de leur notification lorsqu'elles constatent l'extinction de l'instance ou déclarent l'appel irrecevable.

Article R143-28

Le secrétaire général de la cour adresse copie des procès-verbaux d'enquête et des rapports de consultation ou d'expertise sous pli recommandé avec demande d'avis de réception à chaque partie ou, le cas échéant, au médecin désigné à cet effet, s'il s'agit d'un rapport médical.

La transmission à la partie ou au médecin désigné comporte l'indication que la partie ou le médecin désigné dispose d'un délai de vingt jours à compter de la notification de cette transmission pour présenter ses observations écrites.

Article R143-28-1

L'ordonnance de clôture de l'instruction est notifiée à chacune des parties. La notification de l'ordonnance de clôture mentionne la date de l'audience et rappelle les dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article R. 143-26 et du deuxième alinéa du présent article.

Postérieurement à la notification de cette ordonnance, les parties qui ont usé de la faculté d'adresser un mémoire à la cour sont, sauf motif légitime, irrecevables à présenter des prétentions ou moyens nouveaux ou à communiquer de nouvelles pièces.

Article R143-28-2

En l'absence d'instruction, les parties sont convoquées à l'audience. La convocation les informe de la possibilité qu'elles ont d'y présenter des observations orales.

Article R143-29

La notification prévue aux articles R. 143-28-1 et R. 143-28-2 sont faites par le secrétaire général de la cour en la forme ordinaire quinze jours au moins avant la date de l'audience. Elles valent citation et rappellent les conditions d'assistance et de représentation à l'audience.

Dans le cas où une audience n'a pu se tenir, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise, par le secrétariat, d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience.

Article R143-29-1

A l'audience, le président de la section qui a procédé à l'instruction fait son rapport, les parties présentes ou représentées sont entendues.

Lorsque les parties font valoir à l'audience des prétentions ou des moyens nouveaux, la cour peut, sans préjudice de l'application du deuxième alinéa de l'article R. 143-28-1, retenir l'affaire si les parties sont en état d'en débattre contradictoirement, la renvoyer à une audience ultérieure ou, en cas de nécessité, en confier l'instruction au président de section en révoquant, s'il y a lieu, l'ordonnance de clôture.

A moins que la cour ne retienne l'affaire ou ne déclare irrecevables les éléments nouveaux, ceux-ci sont portés à la connaissance des parties n'ayant pas comparu à l'audience à la diligence du secrétaire général de la cour.

Lorsqu'elle confirme un jugement, la cour est réputée avoir adopté les motifs de ce jugement qui ne sont pas contraires aux siens.

Article R143-29-2

La décision de la cour est notifiée sans délai, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, à chacune des parties. La notification porte mention des délais et des voies de recours. En cas de retour au secrétariat de la notification qui n'a pu être remise à son destinataire, le secrétariat invite la partie adverse à procéder par voie de signification.

Article R143-30

L'opposition ne peut être formée par une partie contre la décision de la cour que s'il n'est pas établi que la lettre de convocation lui soit parvenue et si elle n'a pas été citée à personne par exploit d'huissier.

Section 4 : Dispositions communes aux tribunaux du contentieux de l'incapacité et à la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail.

Article R143-31

La forclusion ne peut être opposée aux intéressés que si la notification de la décision contre laquelle ils forment ou interjettent appel porte mention du délai de forclusion avec indication de l'organisme compétent pour recevoir la requête.

Elle ne peut être opposée lorsque la réclamation ou l'appel a été introduit dans les délais prévus respectivement aux articles R. 143-7 et R. 143-23, soit auprès d'un service ou d'un organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, soit auprès d'une juridiction du contentieux général de la sécurité sociale.

Pour les requérants domiciliés en dehors de la France métropolitaine ou qui en sont temporairement éloignés, ces délais sont augmentés dans les conditions prévues à l'article 643 du code de procédure civile.

Article R143-32

Lorsque la juridiction du contentieux technique de la sécurité sociale saisie d'une contestation mentionnée aux 2° et 3° de l'article L. 143-1 a désigné un médecin expert ou un médecin consultant, son secrétariat demande au praticien-conseil du contrôle médical dont le rapport a contribué à la fixation du taux d'incapacité permanente de travail objet de la contestation de lui transmettre ce rapport.

Le praticien-conseil est tenu de transmettre copie de ce rapport en double exemplaire au secrétariat de la juridiction dans un délai de dix jours à compter de la réception de la demande. Chaque exemplaire est transmis sous pli fermé avec la mention " confidentiel " apposée sur l'enveloppe.

Le secrétariat de la juridiction notifie dans les mêmes formes un exemplaire au médecin expert ou au médecin consultant ainsi que, si l'employeur en a fait la demande, au médecin mandaté par celui-ci pour en prendre connaissance. Il informe la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle de la notification au médecin mandaté par l'employeur par tout moyen permettant d'établir sa date certaine de réception.

Article R143-33

L'entier rapport médical mentionné à l'article L. 143-10 comprend :

1° L'avis et les conclusions motivées données à la caisse d'assurance maladie sur le taux d'incapacité permanente à retenir ;

2° Les constatations et les éléments d'appréciation sur lesquels l'avis s'est fondé.

Article R143-33-1

Lorsque la juridiction compétente du contentieux technique de la sécurité sociale, saisie d'une contestation mentionnée au 5° de l'article L. 143-1, a désigné un médecin expert ou un médecin consultant, son secrétariat demande au médecin de la maison départementale des personnes handicapées de lui transmettre copie du rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité ou à la décision critiquée.

Celui-ci comprend le certificat médical mentionné à l'article R. 146-26 du code de l'action sociale et des familles, complété des constatations et éléments d'appréciation ayant contribué à la décision contestée.

Le médecin saisi est tenu de transmettre copie de son rapport dans un délai de vingt jours à compter de la réception de la demande, sous pli fermé avec la mention " confidentiel " apposée sur l'enveloppe.

Le secrétariat de la juridiction notifie le pli dans les mêmes formes au médecin expert ou au médecin consultant.

Article R143-34

Dans le cas où une consultation ou une expertise est ordonnée par les tribunaux du contentieux de l'incapacité ou par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail :

1°) Les frais de consultation et d'expertise sont réglés, sans consignation préalable de provision, dans les conditions prévues aux articles L. 144-5 et R. 144-14 ;

2°) Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise, un médecin appartenant au conseil d'administration de la caisse intéressée à l'instance ni par le médecin participant au service de contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse intéressée.

Section 5 : Secrétariats des tribunaux du contentieux de l'incapacité et secrétariat général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail

Article R143-35

Chaque tribunal du contentieux de l'incapacité comporte un secrétariat et la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail comporte un secrétariat général.

Article R143-36

Le secrétariat du tribunal du contentieux de l'incapacité est assuré par un fonctionnaire de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (1) dans la circonscription de laquelle le tribunal a son siège, désigné par le directeur régional compétent.

Le secrétaire du tribunal du contentieux de l'incapacité est désigné au début de chaque année judiciaire. Il prête, devant le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le tribunal a son siège, le serment de bien et loyalement remplir ses fonctions et de ne rien révéler ou utiliser de ce qui sera porté à sa connaissance à l'occasion de leur exercice.

Article R143-37

Le secrétaire général de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est assisté de deux secrétaires généraux adjoints, dont l'un pour la section compétente pour la législation agricole.

Le secrétaire général est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale et de l'agriculture ; peut être nommé secrétaire général un fonctionnaire de catégorie A ou un agent contractuel de niveau équivalent.

Les secrétaires généraux adjoints sont nommés par arrêté du ministre intéressé ; ils sont choisis parmi les fonctionnaires de catégorie A ou B.

Le secrétaire général et les secrétaires généraux adjoints prêtent, au moment de leur nomination, devant le tribunal de grande instance dans le ressort duquel la juridiction a son siège, le serment de bien et loyalement

remplir leurs fonctions et de ne rien révéler ou utiliser de ce qui sera porté à leur connaissance à l'occasion de leur exercice.

Article R143-38

Le secrétaire général ou le secrétaire définit et met en oeuvre les mesures d'application des directives générales qui lui sont données par le président.

Il tient ce dernier informé de ses diligences.

Article R143-39

Le secrétaire général ou le secrétaire tient à jour les dossiers, les répertoires et les registres ;

Il est dépositaire des minutes et archives dont il assure la conservation ;

Il a la garde de toutes pièces déposées au secrétariat ;

Il assiste les juges à l'audience ;

Il tient les rôles et le registre des délibérations de la juridiction, rédige les procès-verbaux et délivre à toute personne intéressée des extraits des décisions prises par la juridiction.

Article R143-40

Selon les besoins du service, le secrétaire ou le secrétaire général peut désigner sous sa responsabilité un ou plusieurs agents du secrétariat pour exercer partie des fonctions qui lui sont attribuées aux articles R. 143-38 à R. 143-39. Au préalable, ces agents prêtent le serment prévu respectivement aux articles R. 143-36 et R. 143-37.

Article R143-41

En cas d'absence ou d'empêchement, le secrétaire est suppléé dans ses fonctions par l'agent du secrétariat du grade le plus élevé et le secrétaire général par un secrétaire général adjoint.

Article R143-42

Les heures d'ouverture et de fermeture au public des secrétariats sont fixées par le président de la juridiction, après avis du secrétaire ou du secrétaire général.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 4 : Dispositions communes - Dispositions diverses

Section 1 : Dispositions relatives aux membres des juridictions de sécurité sociale.

Article R144-1

Dans les quinze jours suivant leur désignation, les présidents des tribunaux du contentieux de l'incapacité qui ne sont pas des magistrats honoraires, les assesseurs titulaires et suppléants des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des tribunaux du contentieux de l'incapacité sont invités, par le procureur général près la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège, à se présenter devant la cour pour prêter serment.

Le premier président de la cour d'appel ou le magistrat délégué par lui, siégeant en audience publique et en présence du procureur général, reçoit les prestations de serment.

Au cours de leur réception, les présidents des tribunaux du contentieux de l'incapacité qui ne sont pas des magistrats honoraires, les assesseurs titulaires et suppléants des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des tribunaux du contentieux de l'incapacité prêtent individuellement le serment suivant : "Je jure de remplir mes devoirs avec zèle et intégrité et de garder le secret des délibérations."

Il est dressé procès-verbal de la réception du serment.

Article R144-2

L'installation du président du tribunal des affaires de sécurité sociale, qui est un magistrat honoraire, du président du tribunal du contentieux de l'incapacité et, le cas échéant, des présidents de formation de jugement et l'installation des assesseurs des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des tribunaux du contentieux de l'incapacité ont lieu en audience publique, au siège du tribunal, sous la présidence du premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège, ou du magistrat délégué par lui et en présence du procureur général près ladite cour.

Il est dressé procès-verbal de cette installation.

En cas de nécessité, ils peuvent être installés par écrit.

Article R144-3

Dans le délai d'un mois à dater de la convocation prévue à l'alinéa 3 de l'article L. 144-2, le procès-verbal de la séance de comparution est adressé par le président du tribunal au premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle le tribunal a son siège et au procureur général près ladite cour, qui le transmettent sans délai au garde des sceaux, ministre de la justice.

Article R144-4

La récusation du président et des assesseurs du tribunal des affaires de sécurité sociale, du tribunal du contentieux de l'incapacité et de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail est régie par les dispositions du chapitre II du titre X du livre Ier du code de procédure civile.

Article R144-5

Les assesseurs du tribunal des affaires de la sécurité sociale, du tribunal du contentieux de l'incapacité et de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail portent, soit à l'audience, soit dans les cérémonies publiques, suspendue à un ruban, en sautoir, une médaille signe de leurs fonctions. Cette médaille est en métal doré. D'un module de 45 mm sur 65 mm, elle porte à l'avant la mention "République française" et la mention du nom de la juridiction à laquelle ils appartiennent entourant le motif d'une balance sur un fond noir et rouge. La médaille est suspendue à un ruban d'une largeur de 35 mm, divisé dans le sens vertical en deux parties égales, noire et verte.

Les présidents de tribunal du contentieux de l'incapacité et les présidents de formation de jugement, lorsqu'ils ne sont pas magistrats, portent cette médaille suspendue à un ruban d'une largeur de 35 mm de couleur verte.

Article R144-6

L'honorariat peut être conféré par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice, aux anciens assesseurs des juridictions de sécurité sociale, ayant exercé leurs fonctions pendant douze ans au moins.

L'arrêté prévu à l'alinéa précédent est pris sur la proposition du premier président de la cour d'appel dans le ressort de laquelle est située la juridiction où les fonctions ont été exercées en dernier lieu, et après avis du président de cette juridiction.

L'honorariat peut être retiré suivant la même procédure.

Les anciens assesseurs admis à l'honorariat ne peuvent en faire mention ni dans la publicité ou la correspondance commerciale, ni dans les actes de procédure ou les actes extra-judiciaires ; en toute autre circonstance ils ne peuvent faire état de cette distinction sans préciser au titre de quelle juridiction elle leur a été conférée.

Section 3 : Pourvoi en cassation.

Article R144-7

Le pourvoi mentionné à l'article L. 144-1 du présent code est formé par ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation. Il est instruit et jugé conformément aux règles de la procédure ordinaire dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions du présent chapitre et des chapitres 2 et 3 du présent titre.

Le pourvoi est déposé au greffe de la Cour de cassation dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision. Ce délai ne court pas s'il n'est pas mentionné dans la notification de la décision.

Article R144-8

Peuvent former pourvoi, dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision aux parties :

1°) le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de sécurité sociale ;

2°) le ministre chargé de l'agriculture ou son représentant en ce qui concerne les litiges auxquels donne lieu l'application des législations de mutualité sociale agricole.

Le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture, demandeurs ou défendeurs au pourvoi, sont dispensés du ministère d'avocat. Le pourvoi introduit par ces derniers est formé directement au greffe de la Cour de cassation.

Article R144-9

En cas de renvoi par la Cour de cassation devant le tribunal des affaires de sécurité sociale ou la cour d'appel par elle désignée ou devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, il appartient à l'une des parties au pourvoi de saisir la juridiction de renvoi par simple lettre recommandée adressée au greffe ou au secrétariat de ladite juridiction.

Section 4 : Dépenses de contentieux.

Article R144-10

La procédure est gratuite et sans frais.

L'appelant qui succombe est condamné au paiement d'un droit qui ne peut excéder le dixième du montant mensuel du plafond prévu à l'article L. 241-3 ; il peut toutefois être dispensé du paiement de ce droit par une mention expresse figurant dans la décision.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 442-8, les honoraires et frais, notamment d'examens complémentaires éventuels, liés à la nouvelle expertise ordonnée par le tribunal en application de l'article L. 141-2 sont mis à la charge de la partie qui succombe, à moins que le juge, par décision motivée, n'en mette la totalité ou une fraction à la charge d'une autre partie.

En outre, dans le cas de recours jugé dilatoire ou abusif, le demandeur qui succombe, soit en première instance, soit en appel, est condamné au paiement d'une amende au taux prévu à l'article 559 du code de procédure civile et, le cas échéant, au règlement des frais de la procédure, et notamment des frais résultant des enquêtes, consultations et expertises ordonnées en application des articles R. 142-22, R. 142-24, R. 143-13 et R. 143-27. Les frais provoqués par la faute d'une partie peuvent être dans tous les cas mis à sa charge.

Toutefois, à l'occasion des litiges qui portent sur le recouvrement de cotisations ou de majorations de retard et lorsque la procédure est jugée dilatoire ou abusive, l'amende est fixée à 6 % des sommes dues, en vertu du jugement rendu, avec minimum de 150 euros par instance.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables aux procédures mentionnées aux articles R. 133-3, R. 243-6 à R. 243-22, R. 243-24, R. 243-25 et R. 244-2.

Le produit des droits et amendes prévus aux alinéas précédents est liquidé par la juridiction saisie et recouvré comme les amendes pénales prononcées par les tribunaux répressifs, sur extrait délivré par le secrétariat ou le greffe de la juridiction intéressée.

Article R144-11

Les dépenses mentionnées à l'article L. 144-5 sont notamment :

1°) les frais et indemnités d'assesseurs, de témoins et d'expertises qui n'ont pas été mis expressément à la charge d'une partie ou d'un organisme par une disposition particulière ;

2°) les émoluments des greffiers des cours d'appel afférents aux recours formés contre les décisions des tribunaux des affaires de sécurité sociale ;

3°) (Abrogé)

4°) les frais de fonctionnement des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale.

Les arrêtés mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 144-5 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et, le cas échéant, le garde des sceaux, ministre de la justice.

Les arrêtés mentionnés au troisième alinéa du même article L. 144-5 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et les autres ministres intéressés.

Article R144-12

Les présidents de tribunal des affaires de sécurité sociale, quand ils sont magistrats honoraires, et les présidents de tribunal du contentieux de l'incapacité perçoivent une indemnité pour chaque audience qu'ils ont présidée.

Le montant de l'indemnité de vacation est égal au quarantième du traitement budgétaire moyen mensuel brut des magistrats du premier grade.

Article R144-13

Les assesseurs des tribunaux des affaires de sécurité sociale, des tribunaux du contentieux de l'incapacité et de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail représentant les travailleurs salariés ou les employeurs ou travailleurs indépendants perçoivent, pour chaque audience à laquelle ils participent, l'indemnité prévue à l'article R. 140 du code de procédure pénale.

Ils perçoivent également une indemnité pour perte de salaire ou de gain.

L'indemnité pour perte de salaire des assesseurs représentant les travailleurs salariés est égale à la perte de salaire effectivement subie, justifiée par une attestation de l'employeur, qu'il appartient à l'assesseur de fournir.

L'indemnité pour perte de gain des assesseurs représentant les employeurs et travailleurs indépendants est fixée forfaitairement à six fois le montant brut horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance par audience.

Article R144-14

Les médecins experts, qui procèdent à une consultation à la demande d'un tribunal du contentieux de l'incapacité ou de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, perçoivent des honoraires fixés par arrêté des ministres respectivement chargés de la sécurité sociale, de la justice, de l'agriculture et du budget.

Les honoraires dus pour les expertises diligentées par les tribunaux des affaires de sécurité sociale en application des articles R. 142-22, R. 142-24-1, R. 142-24-3 et R. 142-39, par les cours d'appel en application de l'article R. 142-30, par les tribunaux du contentieux de l'incapacité en application de l'article R. 143-13 et par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail en application de l'article R. 143-27 sont ceux fixés en application de l'article R. 141-7.

Dans le cas d'une expertise médicale autre que celles prévues à l'alinéa précédent, l'expert doit faire connaître le montant prévisible de ses honoraires avant de commencer l'expertise.

Article R144-15

Les témoins devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale, les tribunaux du contentieux de l'incapacité et la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail perçoivent une indemnité de comparution et le remboursement de leurs frais de séjour et de déplacement dans les conditions fixées par les articles R. 129 et R. 133 du code de procédure pénale.

Article R144-16

Les présidents de tribunal des affaires de sécurité sociale, quand ils sont magistrats honoraires, les présidents de tribunal du contentieux de l'incapacité, les assesseurs des juridictions de sécurité sociale sont indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006.

Les médecins experts auxquels les juridictions de sécurité sociale font appel perçoivent les indemnités de déplacement prévues en application de l'article R. 141-7.

Article R144-17

Les requérants ou leurs ayants droit qui doivent quitter leur commune de résidence ou celle de leur lieu de travail pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction de sécurité sociale en première ou seconde instance, ou par une cour d'appel en application du présent titre sont indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006, sans préjudice de l'application des articles R. 322-10-1, R. 322-10-2, R. 322-10-4 et R. 322-11 à R. 322-11-2.

Section 5 : Secret professionnel.

Article R144-18

Conformément aux dispositions de l'article 378 du code pénal, les membres des juridictions prévues aux chapitres 2 et 3 du présent titre, les médecins experts, les rapporteurs ainsi que le personnel des secrétariats sont tenus au secret professionnel.

Section 6 : Départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article R144-19

Les dispositions des chapitres 2, 3 et 4 du présent titre, sont applicables au règlement des différends entre les caisses d'assurances accidents des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle mentionnées au titre V du livre VII du code rural et de la pêche maritime et leurs ressortissants, sous réserve des modalités particulières qui seront fixées par décret pris sur le rapport du ministre chargé de l'agriculture.

Les dispositions desdits chapitres sont également applicables, dans les départements mentionnés à l'alinéa précédent, aux règlements des différends consécutifs à la réparation des accidents du travail survenus et des maladies professionnelles constatées avant le 1er janvier 1947 dans les professions autres que les professions agricoles.

Section 7 : Contentieux des décisions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles.

Article R144-20

Les recours prévus au premier alinéa de l'article L. 241-9 du code de l'action sociale et des familles sont soumis aux dispositions des articles R. 143-3, R. 143-3-1 et R. 143-6 à R. 143-14.

Le défendeur dans ces instances est la maison départementale des personnes handicapées dans laquelle est situé le siège de la commission dont la décision est contestée.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 5 : Contentieux du contrôle technique

Section 1 : Dispositions générales.

Article R145-1

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des pharmaciens, à l'occasion des prestations servies à des assurés sociaux, sont soumis en première instance :

- a) A une section distincte dite section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des pharmaciens pour les pharmaciens titulaires d'une officine ;
- b) A une section distincte dite section des assurances sociales du conseil central de la section D de l'ordre des pharmaciens pour les pharmaciens mutualistes et les pharmaciens salariés ;
- c) A une section distincte dite section des assurances sociales du conseil central de la section G de l'ordre des pharmaciens pour les pharmaciens biologistes-responsables, biologistes-coresponsables et biologistes médicaux des laboratoires de biologie médicale ;
- d) A une section distincte dite section des assurances sociales du conseil central de la section H de l'ordre des pharmaciens pour les pharmaciens des établissements de santé ou médico-sociaux, des établissements de transfusion sanguine, des services départementaux d'incendie et de secours, des dispensaires antituberculeux, des centres de planification ou d'éducation familiale et des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

En appel, ces mêmes faits sont soumis à une section distincte du conseil national de l'ordre des pharmaciens dite Section des assurances sociales dudit conseil.

Article R145-2

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par les sections des assurances sociales du conseil régional et des conseils centraux des sections D, G et H, du conseil national de l'ordre des pharmaciens sont :

1°) l'avertissement ;

2°) le blâme, avec ou sans publication ;

3°) l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, de servir des prestations aux assurés sociaux.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie d'un sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce à titre de nouvelle sanction l'une de celles prévues au 3°, elle peut décider que la sanction précédente, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Dans le cas d'abus des prix de vente des médicaments et des produits de santé ou des prix des examens de biologie médicale, les sections des assurances sociales du conseil régional, des conseils centraux des sections D, G et H et du conseil national peuvent également ordonner le remboursement du trop-perçu à l'assuré ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé même si elles ne prononcent aucune des sanctions prévues ci-dessus.

Les décisions des sections des assurances sociales du conseil régional, des conseils centraux des sections D, G et H et du conseil national devenues définitives ont force exécutoire.

Elles doivent, dans le cas prévu au 3° ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication.

Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4234-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.

En cas de condamnation à une interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux, le remplacement du pharmacien peut être assuré dans les conditions définies à l'article R. 5125-40 du code de la santé publique.

Article R145-3

Tout pharmacien qui sert des prestations à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire à la suite d'une décision de la section des assurances sociales du conseil régional, des conseils centraux des sections D, G et H ou du conseil national de l'ordre des pharmaciens est tenu de rembourser à la caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés, à la caisse de mutualité sociale agricole ou à l'organisme assureur toutes les sommes versées du fait des ordonnances exécutées.

Section 2 : Organisation des juridictions.

Sous-section 1 : Dispositions relatives aux professions médicales et aux auxiliaires médicaux

Article R145-4

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins comprend, outre son président, quatre assesseurs nommés par le président de la cour administrative d'appel dans le ressort de laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a son siège.

Deux assesseurs représentent l'ordre des médecins. Ils sont désignés par le conseil régional ou interrégional de l'ordre et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance concernée ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux compétents au niveau national, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime social des indépendants, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance. A défaut d'accord entre ces responsables et après mise en demeure demeurée infructueuse, le président de la cour administrative d'appel procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent article, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

Article R145-5

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des chirurgiens-dentistes comprend, outre son président, quatre assesseurs nommés par le président de la

cour administrative d'appel dans le ressort de laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a son siège.

Deux assesseurs représentent l'ordre des chirurgiens-dentistes. Ils sont désignés par le conseil régional ou interrégional de l'ordre des chirurgiens-dentistes et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les chirurgiens-dentistes-conseils titulaires chargés du contrôle médical en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance concernée ;

2° Le second, sur proposition conjointe des services médicaux compétents au niveau national, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime social des indépendants, parmi les chirurgiens-dentistes-conseils titulaires chargés du contrôle médical en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance. A défaut d'accord entre ces responsables et après mise en demeure demeurée infructueuse, le président de la cour administrative d'appel procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les chirurgiens-dentistes titulaires d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent article, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

Article R145-6

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des sages-femmes comprend, outre son président, quatre assesseurs nommés par le président de la cour administrative d'appel dans le ressort de laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a son siège.

Deux assesseurs représentent l'ordre des sages-femmes. Ils sont désignés par le conseil interrégional de l'ordre et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance concernée ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux compétents au niveau national, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime social des indépendants, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance. A défaut d'accord entre ces responsables et après mise en demeure demeurée infructueuse, le président de la cour administrative d'appel procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils titulaires d'un des trois régimes

mentionnés aux 1° et 2° du présent article, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

Article R145-6-1

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, de l'ordre des pédicures-podologues ou de l'ordre des infirmiers comprend, outre son président, quatre assesseurs nommés par le président de la cour administrative d'appel dans le ressort de laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a son siège.

Deux assesseurs représentent, selon le cas, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, l'ordre des pédicures-podologues ou l'ordre des infirmiers. Ils sont désignés par le conseil régional ou interrégional de l'ordre concerné et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance concernée ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux compétents au niveau national, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime social des indépendants, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance concernée.

A défaut d'accord entre ces responsables et après mise en demeure demeurée infructueuse, le président de la cour administrative d'appel procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent article, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

Article R145-7

I. - La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'ordre des médecins. Ils sont nommés par le conseil national de l'ordre parmi les membres ou anciens membres des conseils de l'ordre.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux des régimes de protection sociale agricole et du régime social des indépendants, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux chargés du contrôle médical. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-

conseils chefs de service ou régionaux titulaires d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

II. - La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'ordre des chirurgiens-dentistes. Ils sont nommés par le conseil national de l'ordre en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les chirurgiens-dentistes-conseils chefs de service ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux des régimes de protection sociale agricole et du régime social des indépendants , parmi les chirurgiens-dentistes-conseils. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les chirurgiens-dentistes-conseils d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

III. - La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des sages-femmes comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'ordre des sages-femmes. Ils sont nommés par le conseil national de l'ordre en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux des régimes de protection sociale agricole et du régime social des indépendants , parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux chargés du contrôle médical. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux titulaires d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

IV. - Les sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, du Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues ou du Conseil national de l'ordre des infirmiers comprennent chacune, outre leur président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent respectivement l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, l'ordre des pédicures-podologues et l'ordre des infirmiers. Ils sont désignés par le conseil national de l'ordre concerné, en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux ;

2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux des régimes de protection sociale agricole et du régime social des indépendants, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux chargés du contrôle médical. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux titulaires d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du IV du présent article, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

V. - Les fonctions exercées par les membres des sections des assurances sociales des conseils nationaux sont incompatibles avec la fonction d'assesseur à la section des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance.

Article R145-8

Les dispositions sur le contentieux du contrôle technique des médecins prévues aux articles L. 145-1 à L. 145-5, L. 145-6, L. 145-7, L. 145-8, L. 145-9, R. 145-4, R. 145-7, R. 145-9, R. 145-13, R. 145-14, R. 145-15 à R. 145-68 sont applicables en cas de fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des auxiliaires médicaux, pour lesquels des sections des assurances sociales n'ont pas été constituées, à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux.

Toutefois, dans les affaires concernant ces auxiliaires médicaux, l'un des assesseurs médecins de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins est remplacé par un auxiliaire médical de la même catégorie que la personne concernée, proposé par les syndicats les plus représentatifs de cette catégorie dans la région et nommé par le président de la cour administrative d'appel.

A la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, l'un des assesseurs médecins est remplacé par un auxiliaire médical de la même catégorie proposé par les groupements syndicaux d'auxiliaires médicaux les plus représentatifs de cette catégorie sur le plan national et nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R145-9

Pour chaque assesseur titulaire représentant les ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et les organismes d'assurance maladie, cinq assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires. Pour chaque assesseur titulaire représentant l'ordre des sages-femmes, deux assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires. Pour chaque assesseur titulaire représentant les différentes catégories professionnelles d'auxiliaires médicaux, deux assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires.

Dans les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des médecins qui ont à connaître un nombre important de requêtes, le nombre d'assesseurs suppléants peut être augmenté jusqu'à neuf. La liste des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance concernées et le nombre d'assesseurs suppléants prévu pour chacune d'elles sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Sous-section 2 : Dispositions relatives aux pharmaciens

Article R145-10

I. - La section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des pharmaciens comprend, en qualité de président, le président du tribunal administratif dans le ressort duquel se trouve le siège de ce conseil régional ou un magistrat délégué par lui ainsi que quatre assesseurs nommés par le président de la cour administrative d'appel dans le ressort de laquelle la section des assurances sociales du conseil régional a son siège. Deux assesseurs représentent l'ordre des pharmaciens. Ils sont désignés par le conseil régional de l'ordre des pharmaciens et choisis dans son sein. Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés, en dehors du ressort de la section des assurances sociales du conseil régional concerné, parmi les pharmaciens-conseils des caisses d'assurance maladie :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale ;

2° Le second, sur proposition conjointe du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale et des responsables du service médical de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le président de la cour administrative d'appel procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les pharmaciens-conseils titulaires d'un des trois régimes mentionnés au présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

II. - La section des assurances sociales du conseil central de la section D de l'ordre des pharmaciens comprend, en qualité de président, le président du tribunal administratif de Paris ou un magistrat délégué par lui et, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil central de la section D de l'ordre des pharmaciens et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs représentant les organismes d'assurance maladie. Ces derniers sont désignés parmi les pharmaciens-conseils des caisses d'assurance maladie :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale ;

2° Le second, sur proposition conjointe du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale et des responsables du service médical de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la

sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les pharmaciens-conseils titulaires d'un des trois régimes mentionnés au présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

III. - La section des assurances sociales du conseil central de la section G comprend, en qualité de président, le président du tribunal administratif de Paris ou un magistrat délégué par lui et, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil central de la section G et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs représentant les organismes d'assurance maladie. Ces derniers sont nommés parmi les pharmaciens-conseils des caisses d'assurance maladie :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale ;

2° Le second, sur proposition conjointe du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale et des responsables du service médical de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les pharmaciens-conseils titulaires d'un des trois régimes mentionnés au présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

IV. - La section des assurances sociales du conseil central de la section H comprend, en qualité de président, le président du tribunal administratif de Paris ou un magistrat délégué par lui et, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil central de la section H de l'ordre des pharmaciens et choisis en son sein et, d'autre part, deux assesseurs représentant les organismes d'assurance maladie. Ils sont désignés parmi les pharmaciens-conseils des caisses d'assurance maladie :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale ;

2° Le second, sur proposition conjointe du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale et des responsables du service médical de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les pharmaciens-conseils titulaires d'un des trois régimes mentionnés au présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

V. - La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pharmaciens comprend, en qualité de président, le conseiller d'Etat siégeant audit conseil et, d'une part, deux assesseurs pharmaciens désignés par ce conseil et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs représentant les organismes d'assurance maladie. Ces derniers sont désignés parmi les pharmaciens-conseils des caisses d'assurance maladie :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale ;

2° Le second, sur proposition conjointe du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale et des responsables du service médical de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les pharmaciens-conseils d'un des trois régimes mentionnés au présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

VI. - Les assesseurs prévus aux au premier alinéa du II, du III, du IV et aux 1° et 2° du V du présent article sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

VII. - Les fonctions exercées par les pharmaciens membres de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pharmaciens sont incompatibles avec les fonctions de membre d'une section des assurances sociales de première instance de cet ordre.

Article R145-12

Pour chaque assesseur titulaire représentant les pharmaciens et les caisses d'assurance maladie, deux assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires.

Sous-section 3 : Dispositions communes

Article R145-13

Le siège et le secrétariat des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des infirmiers et des sections des assurances sociales des conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens ainsi que le siège et le secrétariat des sections des assurances sociales des conseils nationaux de ces ordres peuvent être ceux des conseils régionaux, interrégionaux et nationaux de ces ordres.

Le siège et le secrétariat de la section des assurances sociales des conseils centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens sont ceux de ce conseil central.

Article R145-14

Les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens, des chambres disciplinaires de première instance des autres ordres ainsi que les sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres concernés doivent siéger au complet.

Section 3 : Procédure.

Sous-section 1 : Personnes habilitées à saisir les sections des assurances sociales

Article R145-15

Les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres intéressés ou des sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens peuvent être saisies soit par les organismes d'assurance maladie, les caisses de mutualité sociale agricole ou les autres organismes assureurs, soit par les syndicats de médecins, de chirurgiens-

dentistes, de sages-femmes, de pharmaciens ou d'auxiliaires médicaux, soit par les conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens, soit par les conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des pédicures-podologues, soit par les conseils départementaux des autres ordres.

Ces sections peuvent aussi être saisies par les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Elles peuvent être également saisies :

1° En ce qui concerne le régime général, par le médecin-conseil national, les médecins-conseils régionaux et les médecins-conseils chefs des services du contrôle médical ;

2° En ce qui concerne le régime agricole, par le médecin-conseil national et les médecins-conseils chefs de service des échelons départementaux ou pluridépartementaux du contrôle médical ;

3° En ce qui concerne les autres régimes, par les médecins-conseils responsables du service du contrôle médical d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale.

Sous-section 2 : Procédure devant les sections des assurances sociales de première instance

Paragraphe 1 : Compétence

Sous-paragraphe 1 : Dispositions générales

Article R145-16

I. - La section des assurances sociales compétente est celle de la chambre disciplinaire dans le ressort de laquelle le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou l'auxiliaire médical exerce sa profession à la date de la saisine de la section.

II. - S'agissant des pharmaciens, la section des assurances sociales compétente est celle du conseil régional dans le ressort duquel ceux-ci exercent leur profession à la date de la saisine de la section. Toutefois, les pharmaciens inscrits à la date des faits poursuivis à l'une des sections D, G ou H continuent à relever de cette section nonobstant la circonstance qu'ils seraient depuis lors inscrits à l'une des autres sections du conseil de l'ordre. Le pharmacien qui exerce des activités relevant de plusieurs sections est jugé par la section des assurances sociales dont relève le fait commis.

Article R145-17

Lorsqu'une section des assurances sociales est saisie d'une plainte qu'elle estime relever de la compétence d'une autre section des assurances sociales, son président transmet sans délai le dossier à cette section par une ordonnance non motivée et non susceptible de recours.

Il est également compétent pour constater qu'il n'y a pas lieu de statuer.

Les décisions prises en application des deux alinéas ci-dessus sont notifiées sans délai aux parties.

Lorsque le président de la section, auquel un dossier a été transmis en application du premier alinéa, estime que cette juridiction n'est pas compétente, il transmet sans délai le dossier au président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre, qui règle la question de compétence dans les formes prévues au premier alinéa.

Lorsqu'une section à laquelle une affaire a été transmise en application du premier alinéa n'a pas eu recours aux dispositions de l'alinéa précédent ou lorsqu'elle a été déclarée compétente par le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre, sa compétence ne peut plus être remise en cause ni par elle-même, ni par les parties, ni d'office par le juge d'appel ou de cassation, sauf à soulever l'incompétence de la juridiction administrative.

Lorsque le président d'une section saisie d'une affaire constate qu'un des membres de la section est en cause ou estime qu'il existe une autre raison objective de mettre en cause l'impartialité de la section, il transmet le dossier, dans les formes prévues au premier alinéa, au président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre, qui en attribue le jugement à la section qu'il désigne.

Les actes de procédure accomplis régulièrement devant la section des assurances sociales saisie en premier lieu demeurent valables devant la section des assurances sociales de renvoi à laquelle incombe le jugement de l'affaire.

Sous-paragraphe 2 : Professionnels de santé prestataires de services

Article R145-18

Le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme ou l'auxiliaire médical prestataire de services est soumis à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire compétente dans le ressort de laquelle il exécute l'acte professionnel ou, s'il s'agit d'un pharmacien, à la section des assurances sociales du conseil compétent dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article R. 4222-6 du code de la santé publique.

Lorsqu'un prestataire de services est traduit devant la section des assurances sociales d'une chambre disciplinaire de première instance ou la section des assurances sociales d'un conseil régional ou central de l'ordre des pharmaciens, celle-ci en avise sans délai le conseil national de l'ordre de la profession concernée.

Dans le cas où plusieurs sections des assurances sociales sont simultanément saisies de plaintes contre un prestataire de services, la section des assurances sociales du conseil national de la profession concernée désigne la section qui statue sur les plaintes.

L'autorité compétente de l'Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen où est établi le prestataire de services est immédiatement informée de la sanction prise contre ce dernier.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux professionnels de santé qui bénéficient des stipulations des conventions en vigueur relatives aux professionnels de santé frontaliers.

Paragraphe 2 : Dessaisissement de la juridiction de première instance

Article R145-19

Si la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre intéressé ou la section des assurances sociales du conseil régional ou central de la section D, G ou H de l'ordre des pharmaciens ne s'est pas prononcée dans un délai d'un an à compter de la réception de la plainte, la section des assurances sociales du conseil national compétent peut, à l'expiration de ce délai, être saisie par les requérants. La juridiction de première instance est alors dessaisie à la date d'enregistrement de la requête au conseil national.

Le délai d'un an prévu à l'alinéa précédent court à compter de la date de réception par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou du conseil régional ou central de l'ordre des pharmaciens du dossier complet de la plainte.

Les délais prévus au présent article sont décomptés conformément aux dispositions des articles 640 à 644 du code de procédure civile.

Le point de départ du délai d'un an ainsi prévu est reporté, le cas échéant, à la date de réception de la confirmation de la plainte lorsque celle-ci a d'abord été formée à titre conservatoire, dans l'attente des propositions de la commission prévue à l'article L. 162-35.

Paragraphe 3 : Pouvoir des présidents de statuer par ordonnance

Article R145-20

Les présidents des sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H et le président de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pharmaciens peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, rejeter une requête ne relevant manifestement pas de la compétence de leur juridiction, statuer sur les requêtes qui ne présentent plus à juger de questions autres que la condamnation prévue à l'article L. 761-1 du code de justice administrative, la charge des dépens ou la fixation des dates d'exécution des sanctions mentionnées à l'article R. 145-2 du présent code, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête et rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance.

Paragraphe 4 : L'instance de premier ressort

Sous-paragraphe 1 : Introduction de l'instance

Article R145-21

La procédure devant les sections des assurances sociales est écrite. Devant les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance ou devant les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens, les intéressés peuvent comparaître personnellement et se faire assister ou représenter dans les conditions prévues à l'article R. 145-28.

Article R145-22

Les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers et des pédicures-podologues et les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens sont saisies, dans les cas prévus aux articles L. 145-1, L. 145-5-1, R. 145-1 et R. 145-8, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat de la section intéressée dans le délai de trois ans à compter de la date des faits. Les plaintes et les mémoires produits peuvent être aussi déposés au secrétariat de la section des assurances sociales compétente.

Article R145-23

Les dispositions des articles R. 411-1, R. 411-2, R. 411-2-1, R. 411-6, du deuxième alinéa de l'article R. 751-5 et de l'article R. 761-1 du code de justice administrative sont applicables.

Sous-paragraphe 2 : Pièces jointes et productions

Article R145-24

Les plaintes et les mémoires produits doivent être accompagnés de copies en nombre égal à celui des autres parties en cause, augmenté de deux.

Lorsque le nombre des copies n'est pas égal à celui des parties, le demandeur en est averti par le secrétariat, qui lui fait connaître, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, que, si les productions complémentaires ne sont pas produites dans le délai de quinze jours à compter de la date de réception de cet avertissement, la plainte sera rejetée comme irrecevable.

En cas de nécessité, le président de la formation de jugement pourra exiger des parties intéressées la production des copies supplémentaires, sous la sanction prévue à l'alinéa précédent.

Lorsque les parties joignent des pièces à l'appui de leurs plaintes ou de leurs mémoires, ces pièces sont accompagnées de copies qu'elles certifient conformes, en nombre égal à celui des autres parties augmenté de deux. Toutefois, lorsque le nombre, le volume ou les caractéristiques des pièces font obstacle à la production de copies, les autres parties ou leurs mandataires en prennent connaissance au secrétariat et peuvent en prendre copie à leurs frais.

Les plaintes sont inscrites, à leur arrivée, sur le registre d'ordre qui est tenu par le secrétaire. Elles sont en outre marquées, ainsi que les pièces qui y sont jointes, d'un timbre indiquant la date de leur arrivée.

A réception de la plainte, le secrétariat de la section en informe le conseil départemental, régional, interrégional ou central au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit.

Sous-paragraphe 3 : Contradictoire

Article R145-25

Dès réception de la plainte ou de la requête et des pièces jointes requises, la plainte, le mémoire et les pièces jointes sont notifiés, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa de l'article R. 145-24, par lettre recommandée avec accusé de réception, aux parties.

La notification les invite à produire un mémoire en défense ainsi que toutes pièces utiles dans le nombre d'exemplaires requis et dans le délai fixé par le président de la section des assurances sociales. Ce délai ne peut être inférieur à un mois à compter de la réception de la notification de la plainte.

Le premier mémoire de chaque défendeur ainsi que les pièces jointes sont communiqués aux parties dans les conditions fixées par les dispositions des articles R. 611-3 et R. 611-5 du code de justice administrative. Les répliques, autres mémoires et pièces sont communiqués s'ils contiennent des éléments nouveaux.

Lorsqu'une des parties appelée à produire un mémoire n'a pas respecté le délai qui lui a été imparti, le président de la formation de jugement peut lui adresser une mise en demeure.

Article R145-26

Lorsque la plainte ou des conclusions sont entachées d'une irrecevabilité susceptible d'être couverte en cours d'instance, la juridiction ne peut les rejeter en relevant d'office cette irrecevabilité qu'après avoir invité leur auteur à les régulariser. Toutefois, la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre peut rejeter de telles conclusions sans demande de régularisation préalable pour les cas d'irrecevabilité tirés de la méconnaissance d'une obligation mentionnée dans la notification de la décision attaquée.

La demande de régularisation mentionne que, à défaut de régularisation, la plainte ou les conclusions pourront être rejetées comme irrecevables dès l'expiration du délai imparti, qui, sauf urgence, ne peut être inférieur à quinze jours. La demande de régularisation tient lieu de l'information prévue à l'article R. 611-7 du code de justice administrative.

S'agissant de l'irrecevabilité prévue à l'article R. 145-24, la demande de régularisation peut prendre la forme d'une mise en demeure signée par le président de la formation de jugement, qui mentionne que, à l'expiration du délai imparti, qui ne peut être inférieur à un mois, cette irrecevabilité n'est plus susceptible d'être couverte en cours d'instance.

Article R145-27

Les articles R. 611-2 à R. 611-5 du code de justice administrative relatifs à la communication des mémoires et pièces, le premier alinéa de l'article R. 611-7 et les articles R. 613-1, à l'exception de la dernière phrase du deuxième alinéa, et R. 613-4, relatifs à la clôture de l'instruction, sont applicables devant les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance, les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens et les sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres.

Sous-paragraphe 4 : Représentation des parties

Article R145-28

I. - Les parties sont averties qu'elles ont la faculté de choisir un défenseur.

II. - Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens ou auxiliaires médicaux intéressés peuvent se faire assister ou représenter soit par un membre de leur profession inscrit au tableau ou dont le diplôme est régulièrement enregistré et muni d'un mandat régulier au cas de représentation, soit par un avocat.

III. - Le conseil national, le conseil départemental, le conseil régional, ou interrégional, ou central de l'ordre peut se faire représenter soit par un membre titulaire ou suppléant de son conseil, soit par un avocat.

IV. - Les organismes de sécurité sociale peuvent se faire représenter soit par leur représentant légal, soit, selon le cas, par un médecin-conseil, un chirurgien-dentiste-conseil ou un pharmacien-conseil du régime intéressé, soit par un avocat.

V. - Le directeur général de l'agence régionale de santé peut se faire représenter soit par son représentant légal, soit par un avocat.

VI. - Les syndicats sont représentés soit par un représentant légal, soit par un membre de la profession muni d'un mandat régulier, soit par un avocat.

VII. - Les parties qui ont fait le choix d'un représentant en informent sans délai le secrétariat de la section des assurances sociales par écrit.

Sous-section 3 : Instruction

Paragraphe 1 : Désignation et rôle du rapporteur

Article R145-29

Dès enregistrement au secrétariat de la plainte ou de la requête, le président désigne parmi les membres de la section des assurances sociales un rapporteur.

Article R145-30

Le rapporteur a qualité pour entendre les parties, recueillir tous témoignages et procéder à toutes constatations utiles à la manifestation de la vérité. Il peut demander aux parties toutes pièces ou tous documents utiles à la solution du litige.

Le rapporteur dresse un procès-verbal de chaque audition. Il est donné lecture à chaque partie ou chaque témoin de sa déposition. Le procès-verbal est signé par le rapporteur et la personne entendue ou mention est faite qu'il ne peut ou ne veut pas signer.

Les pièces recueillies par le rapporteur et les procès-verbaux d'audition sont versés au dossier et sont communiqués aux parties, qui sont invitées à présenter des observations dans les mêmes conditions que les mémoires.

Le rapporteur remet au président de la section son rapport, qui constitue un exposé objectif des faits, des pièces du dossier et des actes d'instruction accomplis.

Paragraphe 2 : Expertise

Article R145-31

En cas d'expertise, les articles R. 621-1 à R. 621-11 et R. 621-14 du code de justice administrative relatifs à l'expertise sont applicables devant la section des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance ou les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens et les sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres. Les compétences conférées aux présidents des tribunaux administratifs et à ceux des cours administratives d'appel sont exercées respectivement par les présidents des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance ou des sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H pour l'ordre des pharmaciens et par les présidents des sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres.

Paragraphe 3 : Enquête

Article R145-32

Les articles R. 623-1 à R. 623-7 du code de justice administrative relatifs à l'enquête sont applicables devant les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance, les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens et les sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres.

Paragraphe 4 : Dispositions diverses

Article R145-33

Le décès du professionnel poursuivi met immédiatement et définitivement fin à la procédure tant devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou la section des assurances sociales du conseil régional ou central des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens que devant les sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres.

Article R145-34

Les articles R. 626-4 et R. 636-1 du code de justice administrative relatifs à la notification des mesures d'instruction et au désistement sont applicables devant les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance, les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens et les sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres.

Sous-section 4 : Jugement

Paragraphe 1 : Abstention, empêchement et récusation

Article R145-35

Le membre de la juridiction qui suppose en sa personne une cause de récusation ou estime en conscience devoir s'abstenir se fait remplacer par un autre membre que désigne le président de la juridiction.

En cas d'empêchement ou d'abstention d'un membre titulaire de la section des assurances sociales, ou si celui-ci acquiesce à une demande de récusation, il peut être remplacé indifféremment par un des membres suppléants.

Article R145-36

Les articles R. 721-2 à R. 721-9 du code de justice administrative relatifs à l'abstention et à la récusation sont applicables devant les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance, les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens et les sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres.

Paragraphe 2 : Tenue de l'audience et délibéré

Article R145-37

Le rôle de chaque audience est établi par le président de la section des assurances sociales.

Les parties sont convoquées à l'audience par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La convocation doit parvenir aux parties quinze jours au moins avant la date de l'audience.

Les délais supplémentaires de distance s'ajoutent conformément aux dispositions des articles 643 et 644 du code de procédure civile.

Article R145-38

Les affaires sont examinées en audience publique. Toutefois, le président peut, d'office ou à la demande d'une des parties, après avoir, le cas échéant, pris l'avis du rapporteur, interdire l'accès de la salle pendant tout ou partie de l'audience dans l'intérêt de l'ordre public ou lorsque le respect de la vie privée ou du secret médical le justifie.

Article R145-39

Les décisions sont prises par la formation de jugement, à la majorité des voix, hors la présence des parties.

Article R145-40

Les articles R. 731-1 et R. 731-2 du code de justice administrative relatifs à la tenue de l'audience et au délibéré sont applicables devant les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres intéressés, les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens et les sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres.

Paragraphe 3 : Décision

Article R145-41

La décision contient le nom des parties, la qualification professionnelle du professionnel de santé objet de la plainte, l'analyse des conclusions et mémoires ainsi que les visas des dispositions législatives ou réglementaires dont elle fait application.

Mention y est faite que le rapporteur et, s'il y a lieu, les parties, leurs mandataires ou défenseurs ainsi que toute personne convoquée à l'audience ont été entendues.

La décision mentionne que l'audience a été publique ou, au cas contraire, comporte le visa de l'ordonnance de huis clos.

La décision fait apparaître la date de l'audience et la date à laquelle elle a été rendue publique.

Elle mentionne les noms du président et des assesseurs. Son dispositif mentionne le nom des parties et autorités auxquelles elle est notifiée.

Le dispositif des décisions est divisé en articles et précédé du mot : " décide ”.

La minute de la décision est signée par le président de la formation de jugement et le secrétaire de l'audience.

Article R145-42

Les décisions de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et du conseil national ou de la section des assurances sociales du conseil régional ou central des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens prononçant une sanction d'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux ou de servir des prestations s'il s'agit d'un pharmacien ou les ordonnances de son président fixent la période d'exécution ou la date d'effet de cette sanction en tenant compte du délai d'appel assorti, le cas échéant, du délai de distance.

Lorsque la juridiction décide, en application des dispositions des articles L. 145-2, L. 145-5-2 et R. 145-2, que les sanctions font l'objet d'une publication, les modalités et la durée de cette publication sont précisées dans la décision.

Si la décision ne précise pas de période d'exécution, la sanction est exécutoire le lendemain du jour où elle devient définitive.

Article R145-43

Les articles du code de justice administrative R. 741-11 relatif à la rectification des erreurs matérielles, R. 742-2, à l'exception du dernier alinéa, et R. 742-4 à R. 742-6 relatifs aux dispositions propres aux ordonnances sont applicables devant les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance et les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens.

Pour l'application de ces dispositions, les compétences conférées au président du tribunal administratif sont exercées par le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du conseil régional ou central de l'ordre des pharmaciens.

Article R145-44

Les dispositions des articles R. 771-3 à R. 771-6 du code de justice administrative, des deuxième et troisième alinéas de l'article R. 771-9 et des articles R. 771-10 à R. 771-13 de ce même code sont applicables au contentieux du contrôle technique institué par le présent chapitre.

Paragraphe 4 : Notification de la décision

Article R145-45

Dans la quinzaine de leur prononcé, les décisions et les ordonnances des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues et des infirmiers ou des sections des assurances sociales des conseils régionaux et centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens sont notifiées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, outre aux parties, au directeur général de l'agence régionale de santé, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de la santé, au ministre chargé de l'agriculture et au conseil national de l'ordre intéressé.

La notification doit comporter les délais et voies de recours. Les décisions et ordonnances des sections des assurances sociales du conseil national de chaque ordre intéressé font l'objet des mêmes notifications.

Les décisions rendues par les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H ainsi que celles de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pharmaciens sont notifiées dans les mêmes conditions au conseil régional ou au conseil central dont relève le pharmacien poursuivi.

Les décisions rendues par les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des autres ordres intéressés sont également notifiées de la même manière, selon les cas, au conseil départemental, régional ou interrégional au tableau duquel le professionnel de santé poursuivi est inscrit.

Si le professionnel exerce en plusieurs lieux, les mêmes décisions et ordonnances sont communiquées, selon les cas, aux conseils départementaux, régionaux, interrégionaux ou centraux et aux directeurs généraux des agences régionales de santé du ressort de ces lieux d'exercice.

Article R145-46

Lorsque le professionnel de santé mis en cause est ressortissant de l'un des Etats membres de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France, la décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du conseil régional ou central de la section D, G ou H de l'ordre des pharmaciens est notifiée aux autorités compétentes de l'Etat membre ou partie d'origine et à celle de l'Etat membre ou partie de provenance. Lorsqu'il s'agit d'un professionnel de santé français ou ressortissant de l'un des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen qui, au jour de la notification, s'est établi ou a demandé son établissement dans un des Etats membres de cette Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, la décision est, en outre, notifiée à l'autorité compétente de l'Etat membre ou partie d'accueil. L'autorité compétente de tout Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen peut obtenir, sur simple demande, copie d'une décision d'une section des assurances sociales, par tout support, y compris par voie électronique. L'autorité compétente auteur de la demande est informée du caractère définitif ou non de la décision communiquée.

Article R145-47

La lettre de notification qui accompagne l'ampliation de la décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du conseil régional ou central de la section D, G ou H de l'ordre des pharmaciens ou de l'ordonnance de son président précise que l'appel a un effet suspensif. Elle indique également que la décision contestée doit être jointe.

La notification est faite le même jour pour toutes les parties, au dernier domicile connu, par lettre recommandée avec avis de réception ou, le cas échéant, par voie de signification par huissier.

Article R145-48

Lorsque le professionnel de santé poursuivi exerce dans un établissement de santé, les décisions et ordonnances sont notifiées au directeur de l'agence régionale de santé, qui les communique au directeur de cet établissement.

Article R145-49

Si le professionnel de santé objet d'une sanction d'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux ou de servir des prestations s'il s'agit d'un pharmacien est chargé de fonctions d'enseignement, les décisions et ordonnances sont communiquées, dès qu'elles sont devenues définitives et exécutoires, au recteur de l'académie dans laquelle il enseigne ou au directeur de l'institut de formation dans lequel il enseigne s'il s'agit d'un auxiliaire médical.

Article R145-50

Font l'objet des notifications prévues aux sixième et septième alinéas de l'article R. 145-24 les ordonnances prises en application des articles L. 145-9, L. 145-9-2 et R. 145-20 et fixant une période d'exécution pour une sanction d'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux ou de servir des prestations s'il s'agit d'un pharmacien.

Paragraphe 5 : Publication des décisions

Article R145-51

Lorsque les décisions des sections des assurances sociales font l'objet d'une publication dans les cas prévus au dernier alinéa des articles L. 145-2 et L. 145-5-2 et au huitième alinéa de l'article R. 145-2, celle-ci est effectuée par les soins des caisses d'assurance maladie des travailleurs salariés, des caisses de mutualité sociale agricole ou des organismes assureurs intéressés.

Dans les cas prévus au 2° des articles L. 145-2, L. 145-5-2 et R. 145-2, les conditions dans lesquelles a lieu, le cas échéant, la publication sont déterminées par la juridiction. A défaut, les dispositions du précédent alinéa sont applicables.

Les noms et adresses des parties peuvent être rendus anonymes par la section des assurances sociales, notamment lorsque ces mentions pourraient porter atteinte au respect de la vie privée ou du secret médical.

Il en est de même dans les copies adressées aux tiers.

Paragraphe 6 : Frais et dépens

Article R145-52

L'article R. 761-1 du code de justice administrative est applicable devant les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires et devant les sections des assurances sociales des conseils régionaux et centraux de l'ordre des pharmaciens.

En cas de désistement, les dépens peuvent être mis à la charge du plaignant ou du requérant.

Article R145-53

Les dépens d'une décision de la section des assurances sociales d'une chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales d'un conseil régional ou central d'une section D, G ou H de l'ordre des pharmaciens ou d'une ordonnance de leur président prise en application des articles L. 145-9, L. 145-9-2 et R. 145-20 devenue définitive ou réformée par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre intéressé sur la charge des dépens sont recouverts par le conseil régional ou central concerné pour l'ordre des pharmaciens et par les conseils régionaux ou interrégionaux pour les autres ordres.

Les dépens d'une décision de la section des assurances sociales du conseil national sont recouverts par le conseil national.

Les décisions et ordonnances définitives de condamnation constituent le titre exécutoire de recouvrement des dépens.

Lorsque, pour recouvrer les dépens, le conseil régional, interrégional ou central ou le conseil national de l'ordre doit mettre en œuvre les voies d'exécution de droit commun, les frais déboursés à cet effet s'ajoutent aux dépens.

Paragraphe 7 : Dispositions diverses

Article R145-54

Un même magistrat peut être désigné, en qualité de titulaire ou de suppléant, pour présider plusieurs sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres intéressés ou plusieurs sections des assurances sociales des conseils régionaux et centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens.

Les assesseurs représentant les organismes d'assurance maladie peuvent être désignés, en qualité de titulaire ou de suppléant, pour siéger dans plusieurs sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres intéressés ou plusieurs sections des assurances sociales des conseils régionaux et centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens, sous réserve des incompatibilités prévues aux articles R. 145-4, R. 145-5, R. 145-6, R. 145-6-1, R. 145-7 et R. 145-10.

Un décret fixe, dans les conditions prévues par l'article 4 du décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948, le montant des indemnités et frais alloués aux présidents des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres intéressés et des sections des assurances sociales des conseils régionaux et centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens.

Les frais de déplacement des présidents sont remboursés dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat.

Article R145-55

Lorsque l'assuré social auquel un professionnel de santé a dispensé des soins est un assuré social agricole salarié ou non salarié, le remboursement auquel est tenu le professionnel de santé en application des articles L. 145-3 et L. 145-5-4 doit être effectué à la caisse de mutualité sociale agricole. Lorsqu'il s'agit d'un ressortissant du régime social des indépendants, le remboursement doit être effectué à l'organisme assureur qui a servi les prestations.

Article R145-56

Les membres des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers et des pédicures-podologues et des sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens ainsi que des sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres concernés sont astreints au secret professionnel dans les conditions prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Sous-section 5 : Voies de recours

Article R145-57

La procédure suivie devant les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance ou devant les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D,

G et H de l'ordre des pharmaciens est également applicable devant la section des assurances sociales des conseils nationaux, sous réserve des dispositions ci-après.

Paragraphe 1 : Appel

Sous-paragraphe 1 : Dispositions générales relatives à l'appel

Article R145-58

L'appel contre les décisions rendues par les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres intéressés ou les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens est formé devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre intéressé. Il a un effet suspensif.

Peuvent faire appel, outre les parties intéressées, les organismes d'assurance maladie, les directeurs généraux des agences régionales de santé, le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'agriculture.

Article R145-59

Le délai d'appel est de deux mois à compter de la notification de la décision.

L'auteur d'une requête ne contenant l'exposé d'aucun moyen ne peut la régulariser par le dépôt d'un mémoire exposant un ou plusieurs moyens que jusqu'à l'expiration du délai de recours.

Article R145-60

L'appel doit être déposé ou adressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre concerné.

Dès réception de la requête d'appel, le secrétariat avertit tous les destinataires de la décision attaquée de l'enregistrement de l'appel et de son effet suspensif. Il en avise également la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou la section des assurances sociales du conseil régional ou central des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens qui a rendu la décision qui lui transmet dans les huit jours le dossier de l'affaire.

Toutefois, si, dès réception de l'appel, le président statue par voie d'ordonnance en application des dispositions des articles L. 145-9, L. 145-9-2 et R. 145-20 du présent code, les destinataires de la décision attaquée reçoivent notification de cette ordonnance sans avoir à être informés au préalable de l'appel.

Si le caractère suspensif de l'appel a eu un effet sur la période d'exécution de la sanction prononcée dans la décision de première instance, le président fixe, par la même ordonnance, de nouvelles dates pour cette exécution.

Sous-paragraphe 2 : Appel dans l'intérêt de la loi

Article R145-61

Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'agriculture peuvent, dans l'intérêt de la loi, faire appel, sans condition de délai, des décisions rendues par les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes, de l'ordre des sages-femmes, de l'ordre des pédicures-podologues, de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des infirmiers ou par les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou des conseils centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens.

Paragraphe 2 : Notification de la décision

Article R145-62

La décision de la section des assurances sociales du conseil national ou l'ordonnance du président de cette chambre prise en application des articles L. 145-9, L. 145-9-2 et R. 145-20 devient définitive le jour où le professionnel en reçoit notification.

Si la notification est retournée non réclamée au secrétariat, elle devient définitive à la date de présentation du pli à l'adresse du professionnel.

Si la notification est retournée avec la mention " n'habite pas à l'adresse indiquée ", elle devient définitive à la date du cachet de la poste.

Si la notification est faite directement par huissier, elle devient définitive à dater de cette signification.

Article R145-63

La notification de la décision de la section des assurances sociales du conseil national ou de l'ordonnance de son président indique qu'un recours en cassation peut être formé devant le Conseil d'Etat par le ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation dans le délai de deux mois à compter de la réception de ladite notification.

Dans le cas où le pourvoi a pour effet de suspendre l'exécution de la décision, la notification le précise.

Dans le cas contraire, la notification indique que le pourvoi n'a pas d'effet suspensif et rappelle que le sursis à exécution peut être demandé au Conseil d'Etat dans les conditions définies aux articles R. 821-5 et R. 821-5-1 du code de justice administrative.

Paragraphe 3 : Opposition

Article R145-64

Le médecin, le chirurgien-dentiste, la sage-femme, le pharmacien ou l'auxiliaire médical qui, mis en cause devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre, n'a pas produit de défense écrite en la forme régulière est admis à former opposition à la décision rendue par défaut.

Article R145-65

Lorsque la décision de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre intéressé est susceptible d'opposition, la notification adressée au professionnel de santé mis en cause mentionne que l'opposition peut être formée dans un délai de cinq jours.

L'introduction de l'opposition suit les règles relatives à l'introduction de l'instance d'appel.

Les dispositions des articles R. 145-15 à R. 145-18, R. 145-21 à R. 145-49, R. 145-52, R. 145-53 et R. 145-56 sont également applicables.

La décision qui admet l'opposition remet, s'il y a lieu, les parties dans le même état où elles étaient auparavant.

Les jugements et ordonnances des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues et des infirmiers et des sections des assurances sociales des conseils régionaux ou des conseils centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens ne sont pas susceptibles d'opposition.

Paragraphe 4 : Recours en rectification d'erreur matérielle

Article R145-66

Les dispositions de l'article R. 833-1 du code de justice administrative sont applicables devant les sections des assurances sociales des conseils nationaux des ordres.

Paragraphe 5 : Recours en révision

Article R145-67

La révision d'une décision définitive de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux d'une section D, G et H de l'ordre des pharmaciens ou du conseil national de l'ordre intéressé portant interdiction temporaire avec ou sans sursis du droit de donner des soins ou de servir des prestations s'il s'agit d'un pharmacien peut être demandée par le professionnel de santé objet de la sanction :

- 1° S'il a été condamné sur pièces fausses ou sur le témoignage écrit ou oral d'une personne poursuivie et condamnée postérieurement pour faux témoignage contre le professionnel ;
- 2° S'il a été condamné faute d'avoir produit une pièce décisive qui était retenue par la partie adverse ;
- 3° Si, après le prononcé de la décision, un fait vient à se produire ou à se révéler ou lorsque des pièces, inconnues lors des débats, sont produites, de nature à établir l'innocence du professionnel de santé.

Article R145-68

Le recours doit être présenté devant la section des assurances sociales qui a rendu la décision dont la révision est demandée dans le délai de deux mois à compter du jour où le professionnel de santé a eu connaissance de la cause de révision qu'il invoque, dans les mêmes formes que celles dans lesquelles devait être introduite la requête initiale.

Ce recours n'a pas d'effet suspensif.

Lorsque le recours en révision est recevable, la section déclare la décision attaquée nulle et non avenue et statue à nouveau sur la requête initiale.

Les dispositions des articles R. 145-15 à R. 145-43 et R. 145-45 à R. 145-68 sont applicables.

Les décisions statuant sur le recours en révision ne sont pas susceptibles d'opposition.

Elles peuvent faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat.

Lorsqu'il a été statué sur un premier recours en révision, un second recours contre la même décision n'est pas recevable.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 6 : Dispositions applicables à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française

Article R146-1

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'organe de l'ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'organe de l'ordre des médecins. Ils sont désignés par le président de la chambre disciplinaire de première instance de l'organe de l'ordre des médecins de la Nouvelle-Calédonie, et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent l'organisme d'assurance maladie de Nouvelle-Calédonie. Ils sont nommés par le président du tribunal administratif de Nouméa sur proposition du médecin-conseil de la caisse locale de sécurité sociale responsable du contrôle médical.

Article R146-2

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins de Polynésie française comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'ordre des médecins. Ils sont désignés par le président de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins de la Polynésie française et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie de la Polynésie française. Ils sont nommés par le président du tribunal administratif de Papeete, sur proposition du médecin-conseil de la caisse locale de sécurité sociale responsable du contrôle médical.

Article R146-3

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Calédonie comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'organe de l'ordre des chirurgiens-dentistes. Ils sont désignés par le président de la chambre disciplinaire de première instance de l'organe de l'ordre des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Calédonie et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent l'organisme d'assurance maladie. Ils sont nommés par le président du tribunal administratif de Nouméa sur proposition du médecin-conseil de la caisse locale de sécurité sociale responsable du contrôle médical.

Article R146-4

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des chirurgiens-dentistes de la Polynésie française comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'ordre des chirurgiens-dentistes. Ils sont désignés par le président de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des chirurgiens-dentistes de la Polynésie française et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés par le président du tribunal administratif de Papeete sur proposition du médecin-conseil de la caisse locale de sécurité sociale responsable du contrôle médical.

Article R146-5

Pour chaque assesseur titulaire représentant les différentes catégories professionnelles de médecins et de chirurgiens-dentistes et les organismes d'assurance maladie, quatre assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires.

Article R146-6

Les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des médecins et de l'ordre des chirurgiens-dentistes de la Polynésie française et de la Nouvelle-Calédonie peuvent être saisies soit par les organismes de sécurité sociale, soit par les syndicats de médecins ou de chirurgiens-dentistes, soit par l'organe de l'ordre de la Nouvelle-Calédonie ou celui de la Polynésie française.

Ces sections peuvent également être saisies par le représentant de l'Etat dans le territoire, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès de l'organisme de sécurité sociale, le président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ou le président de la Polynésie française.

A réception de la plainte, le secrétariat de la section en informe le conseil au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit.

Article R146-7

Peuvent faire appel des décisions rendues par les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres professionnels considérés de la Polynésie française ou de la Nouvelle-Calédonie, outre les parties intéressées, les organismes de sécurité sociale, le représentant de l'Etat dans le territoire, le président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ou le président de la Polynésie française, le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'agriculture.

Article R146-8

I. # Les articles R. 145-13 à R. 145-68, à l'exception de l'article R. 145-15, de l'article R. 145-23, du deuxième alinéa de l'article R. 145-58 et du dernier alinéa de l'article R. 145-19, sont applicables à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française, pour ce qui concerne les sections des assurances sociales des ordres des médecins et des chirurgiens-dentistes, sous réserve des adaptations suivantes : 1° La référence aux conseils départementaux, aux conseils régionaux ou interrégionaux des ordres professionnels est remplacée par la référence à l'organe de l'ordre de la Nouvelle-Calédonie ou à celui de la Polynésie française ; 2° La référence aux articles L. 145-1, L. 145-2, L. 145-3 et L. 145-9 est remplacée successivement par la référence aux articles L. 146-1, L. 146-2, L. 146-4 (I) et L. 146-9 ; 3° Aux articles R. 145-45 et R. 145-48, la référence au directeur général de l'agence régionale de santé est remplacée par les références au haut-commissaire

de la République en Nouvelle-Calédonie ou en Polynésie française et au président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ou au président de la Polynésie française ; 4° A l'article R. 145-49, la référence au recteur de l'académie est remplacée par la référence au vice-recteur de Nouvelle-Calédonie ou de la Polynésie française ; 5° A l'article R. 145-55, la référence relative au remboursement à effectuer à la caisse des assurés relevant du régime social agricole et du régime social des indépendants est remplacée par la référence relative au remboursement à l'organisme d'assurance maladie de Nouvelle-Calédonie ou de la Polynésie française ; 6° Pour l'application de l'article R. 145-65, la référence à l'article R. 145-15 est remplacée par la référence à l'article R. 146-6 ;

7° Pour l'application de l'article R. 145-68, la référence à l'article R. 145-15 est remplacée par la référence à l'article R. 146-6 et la référence à l'article R. 145-58 par la référence à l'article R. 146-7. II. # Les délais prévus aux articles R. 145-13 à R. 145-68 sont décomptés conformément aux dispositions des articles 640 à 647 du code de procédure civile de la Nouvelle-Calédonie et aux dispositions des articles 24 à 29 du code de procédure civile de la Polynésie française. Toutefois, lorsqu'il est fait appel de la décision rendue par une section des assurances sociales d'une chambre disciplinaire de première instance, les délais sont augmentés conformément à l'article 643 du nouveau code de procédure civile.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 7 : Pénalités

Section 1 : Dispositions générales

Sous-section 1 : Dispositions communes

Article R147-1

I.-Sous réserve des dispositions du II et des alinéas suivants, l'organisme local d'assurance maladie compétent pour mener la procédure et prononcer la pénalité financière mentionnées à l'article L. 114-17-1 est celui qui a ou aurait supporté l'indu ou le préjudice résultant des abus, fautes ou fraudes en cause.

En l'absence d'indu ou de préjudice ou, le cas échéant, par dérogation à l'alinéa précédent, l'organisme compétent est celui :

1° Dans lequel les contrôles, la procédure de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou la bonne gestion des services ou du contrôle médical ont été affectés ou empêchés ;

2° Dans le ressort duquel exerce, à titre principal, le professionnel qui a récidivé après deux périodes de mise sous accord préalable telle que prévue à l'article L. 162-1-15 ;

3° Dans le ressort duquel exerce, à titre principal, le professionnel visé au 8° du II de l'article L. 114-17-1 ;

4° Auquel est affilié l'assuré pour lequel l'employeur n'a pas respecté les obligations mentionnées aux 1° à 4° de l'article R. 147-7 ;

5° Auquel est rattaché le bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé, de l'aide médicale de l'Etat ou de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé pour des faits mentionnés aux 3° et 4° du II de l'article L. 114-17-1 ;

II.-Lorsque des faits de même nature, commis par l'une des personnes mentionnées au premier alinéa du VI de l'article L. 114-17-1, ont causé un préjudice à plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, les organismes compétents conformément aux règles énoncées au I peuvent mandater l'un d'entre eux pour mener l'ensemble de la procédure.

Le mandat, établi individuellement par chacun des organismes mandant ou collectivement, précise les faits incriminés et l'identité de la personne en cause.

Lorsqu'il est fait usage de cette possibilité de mandat, le directeur de l'organisme mandaté saisit la commission compétente à son égard de l'ensemble des faits, sans distinction.

L'organisme mandaté prononce la pénalité, recouvre et conserve la totalité de son montant au titre de ses frais de gestion, sauf mention contraire dans le ou les mandats.

III.-La délégation de constitution et de gestion prévue au second alinéa du VI de l'article L. 114-17-1 donne lieu à l'établissement d'une convention approuvée par les conseils ou conseils d'administration des organismes concernés et conforme à une convention type établie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La convention précise notamment quelles formations de la commission sont concernées, sa durée, ainsi que les modalités d'indemnisation de l'organisme assurant la gestion de la ou des commissions déléguées. Lorsqu'il est fait usage de cette possibilité de délégation, la commission mentionnée à l'article R. 147-3 devient, à l'égard de l'organisme compétent en vertu des règles définies au I, la commission délégataire, le reste de la procédure étant inchangé.

Sauf mention contraire dans la convention :

1° La reconduction de la convention est tacite ;

2° La commission délégataire est constituée des mêmes membres que la commission de l'organisme qui la met en place et en assure la gestion. Elle se confond alors avec cette dernière sans qu'il soit nécessaire de procéder aux nominations prévues à l'article R. 147-3.

Tout organisme d'assurance maladie peut recourir à cette délégation dès lors que l'organisme assurant la gestion de la commission délégataire a son siège situé dans la même région administrative. Cet organisme ne peut, tant qu'il est soumis à la convention susmentionnée, déléguer à son tour la gestion de la ou des formations concernées de la commission.

IV.-La caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles compétente pour mener la procédure et prononcer la pénalité financière lorsque sont commis les faits mentionnés au 5° de l'article R. 147-7 est celle qui est compétente pour fixer le taux des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles conformément aux décrets pris pour l'application des articles L. 215-1 et L. 242-5 du présent code ainsi que de l'article L. 751-11 du code rural et de la pêche maritime.

Article R147-2

I.-Lorsqu'il a connaissance de faits susceptibles de faire l'objet de la pénalité financière mentionnée à l'article L. 114-17-1, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le directeur de la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles adresse à la personne physique ou morale en cause la notification prévue à cet article par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Lorsque ces faits ont donné lieu à l'engagement de la procédure mentionnée à l'article L. 315-1, la notification ne peut intervenir qu'à l'issue de cette procédure. Cette notification précise les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue et indique à la personne en cause qu'elle dispose d'un délai d'un mois à compter de sa réception pour demander à être entendue, si elle le souhaite, ou pour présenter des observations écrites.

Lorsque la procédure de sanction est engagée à l'encontre d'un établissement de santé ou d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en informe simultanément le directeur général de l'agence régionale de santé.

A l'issue du délai d'un mois à compter de la notification ou après audition de la personne en cause, si celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le directeur de la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles peut :

1° Soit décider d'abandonner la procédure. Dans ce cas, il en informe ladite personne dans les meilleurs délais ;

2° Soit, dans un délai de quinze jours, prononcer un avertissement, sauf si les faits relèvent des cas prévus aux 3° et 4° du II de l'article L. 114-17-1. L'avertissement précise les voies et délais de recours. Il en informe simultanément la commission prévue à l'article L. 114-17-1 ;

3° Soit, dans un délai de quinze jours, saisir la commission mentionnée au V de l'article L. 114-17-1 et lui communiquer les griefs et, s'ils existent, les observations écrites de la personne en cause ou le procès-verbal de l'audition. Il en informe simultanément cette personne et lui indique qu'elle aura la possibilité, si elle le souhaite, d'être entendue par la commission.

Les informations communiquées à la commission ne doivent comporter aucune mention nominative ou susceptible de permettre l'identification d'une personne dans des conditions de nature à porter atteinte au secret médical.

II.-Après que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou son représentant, accompagné le cas échéant par un représentant du service du contrôle médical ou le directeur de la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, a présenté ses observations, et après avoir entendu, le cas échéant, la personne en cause, la commission rend un avis motivé, portant notamment sur la matérialité et la gravité des faits reprochés, la responsabilité de la personne et le montant de la pénalité ou de chacune des pénalités susceptible d'être appliquée.

La commission doit adresser son avis au directeur de l'organisme local ou le directeur de la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la personne en cause dans un délai maximum de deux mois à compter de sa saisine. Ce délai peut être augmenté d'une durée ne pouvant excéder un mois si la commission estime qu'un complément d'information est nécessaire. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme du délai qui lui est imparti, l'avis est réputé rendu.

Lors des auditions mentionnées au présent article, la personne en cause peut se faire assister ou se faire représenter par la personne de son choix.

III.-A compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le directeur de la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles peut :

1° Soit décider d'abandonner la procédure, auquel cas il en informe ladite personne dans les meilleurs délais ;

2° Soit décider de poursuivre la procédure, auquel cas il dispose d'un délai de quinze jours pour saisir le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une demande d'avis conforme, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, en précisant les éléments prévus dans la notification mentionnée au I et le montant de la pénalité envisagée. A défaut de saisine dans le délai imparti, la procédure est réputée abandonnée.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande pour formuler son avis. Il le transmet au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le directeur de la caisse chargée de la prévention et de la tarification

des accidents du travail et des maladies professionnelles par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Si le directeur général ne s'est pas prononcé dans ce délai, son avis est réputé favorable.

Si l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est défavorable, la procédure est abandonnée. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le directeur de la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles en informe la personne en cause dans les meilleurs délais.

Si l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est favorable, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le directeur de la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la pénalité à la personne en cause par une décision motivée et par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Il en adresse une copie à la commission à titre d'information. A défaut de notification dans le délai imparti, la procédure est réputée abandonnée.

Cette notification de payer précise la cause, la nature, le montant des sommes réclamées au titre de la pénalité ou de chacune des pénalités prononcées et mentionne l'existence d'un délai de deux mois, à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées, ainsi que les voies et les délais de recours. Elle mentionne également, le cas échéant, les modalités de recouvrement de la pénalité par retenues sur les prestations ultérieures à verser à l'intéressé.

A défaut de paiement dans ce délai, la mise en demeure prévue au septième alinéa du IV de l'article L. 114-17-1 est adressée, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle comporte les précisions relatives aux sommes réclamées mentionnées à l'alinéa précédent, les voies et délais de recours ainsi que l'existence d'un nouveau délai d'un mois, à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle indique en outre l'existence et le montant de la majoration de 10 % prévue au même septième alinéa, appliquée en l'absence de paiement dans ce délai.

Les dispositions du III et du IV de l'article R. 133-9-1 du présent code et des articles R. 725-8 à R. 725-10 du code rural et de la pêche maritime sont applicables pour le recouvrement des pénalités non acquittées mentionnées à l'article L. 114-17-1.

IV.-Lorsque l'un des courriers mentionnés au premier alinéa du I, et aux troisième et cinquième alinéas du III est présenté par un agent assermenté mentionné à l'article L. 114-10 et refusé par la personne en cause, cet agent assermenté dépose, si cela est possible, le courrier dans la boîte à lettres de la personne et consigne les faits dans un procès-verbal. Le courrier est réputé réceptionné à la date d'établissement du procès-verbal.

Article R147-3

I.-La commission mentionnée à l'article L. 114-17-1 constituée au sein de l'organisme local d'assurance maladie compétent pour prononcer la pénalité est composée de cinq membres issus du conseil de cet organisme et désignés par lui en tenant compte de la répartition des sièges entre les différentes catégories représentées en son sein.

Le conseil de l'organisme local nomme cinq représentants de chaque profession de santé, des fournisseurs et autres prestataires de service, des laboratoires de biologie médicale, sur proposition de l'instance paritaire prévue par la convention nationale mentionnée aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 322-5, L. 322-5-2, L. 162-16-1 et L. 165-6 au niveau départemental, ou à défaut au niveau régional :

En l'absence d'instance paritaire conventionnelle, les représentants des professions de santé, des laboratoires de biologie médicale, des fournisseurs et des autres prestataires de services sont proposés par les

organisations syndicales représentatives. Les sièges de représentants sont attribués aux organisations syndicales en fonction de leurs effectifs établis par la dernière enquête de représentativité mentionnée à l'article L. 162-33. A défaut de proposition dans le mois qui suit la demande adressée aux organisations syndicales représentatives par le conseil de l'organisme, le préfet arrête les noms de ces représentants.

Le conseil de l'organisme local tel que défini à l'article R. 147-1 nomme cinq représentants des établissements de santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les représentants dans la région des organisations nationales représentatives des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b, c et d de l'article L. 162-22-6 sur proposition des organisations nationales représentatives de ces établissements.

Le conseil de l'organisme local défini à l'article R. 147-1 nomme cinq représentants des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés à l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les représentants dans la région des organisations nationales représentatives desdits établissements sur proposition de ces organisations.

Les membres de la commission sont nommés pour la durée du mandat du conseil.

Ne peuvent être membres d'une commission, pour une durée de cinq ans, ni le demeurant, les personnes ayant fait l'objet d'une condamnation par une juridiction pénale ou ordinaire, du prononcé d'une sanction conventionnelle ou d'une pénalité devenues définitives.

Le président de la commission est élu par ses membres. Les représentants des professionnels de santé, des établissements de santé, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des laboratoires de biologie médicale, des fournisseurs et des autres prestataires de services prennent part à l'élection du président de la formation de la commission à laquelle ils participent.

Les membres de la commission ne peuvent siéger lorsqu'ils ont un intérêt personnel ou direct à l'affaire qui est examinée ou lorsqu'ils font l'objet d'une plainte déposée par un organisme d'assurance maladie, d'une action devant une juridiction ordinaire à l'initiative d'un organisme d'assurance maladie, d'une procédure conventionnelle, d'une pénalité ou d'une mise sous accord préalable prévue aux articles L. 162-1-15 et L. 162-1-17.

Des suppléants en nombre égal au nombre de titulaires sont désignés dans les mêmes conditions que ceux-ci. Ils siègent lorsque les membres titulaires dont ils sont les suppléants sont empêchés ou intéressés par une affaire.

Le remplacement d'un membre de la commission, en cas de cessation de fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que sa nomination et pour la durée du mandat qui reste à courir.

La commission ne peut donner son avis que si sont au moins présents :

-trois de ses membres, lorsqu'elle siège sans la présence de représentants des professionnels de santé ou des établissements de santé ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou des fournisseurs, ou des autres prestataires de services, ou des laboratoires de biologie médicale ;

-six de ses membres, lorsque ces représentants y participent.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations.

II.-La commission mentionnée à l'article L. 114-17-1 constituée au sein de la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles compétente pour prononcer la pénalité est composée de deux représentants des assurés sociaux et de deux représentants des employeurs

issus du conseil de cette caisse et désignés par les membres mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 215-2 du présent code ou aux 2° et 3° de l'article L. 723-15 du code rural et de la pêche maritime.

Les dispositions de l'article R. 114-12, à l'exception de son premier alinéa, sont applicables à cette commission.

Article R147-5

I.-Sous réserve de dispositions particulières prévues aux sous-sections suivantes ainsi qu'à la section 2 du présent chapitre, les pénalités financières se cumulent entre elles. Toutefois, sous la même réserve, lorsqu'un même fait ou un même comportement peut relever simultanément de plusieurs des cas mentionnés au présent chapitre, seule la pénalité la plus élevée est encourue.

II.-Les sommes prises en compte pour le calcul des pénalités sont les sommes indûment présentées au remboursement ou indûment prises en charge par un organisme d'assurance maladie ainsi que, le cas échéant, par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 861-4 ou par l'Etat, s'agissant des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé ou de l'aide médicale de l'Etat.L'organisme d'assurance maladie prononce la pénalité et en conserve le montant.

III.-Les taux, plafonds et montants maximaux de pénalités précisés au présent chapitre sont doublés pour des faits identiques ayant déjà fait l'objet d'une pénalité ou d'un avertissement notifié par un directeur d'organisme local d'assurance maladie quel qu'il soit au cours des trois années précédant la date de la notification des faits reprochés, mentionnée au premier alinéa de l'article R. 147-2.

Sous-section 2 : Les pénalités financières prononcées à l'égard des bénéficiaires

Article R147-6

Peuvent faire l'objet d'une pénalité les personnes mentionnées au 1° du I de l'article L. 114-17-1 :

1° Qui, dans le but d'obtenir, de faire obtenir ou de majorer un droit aux prestations d'assurance maladie, d'invalidité, d'accident de travail, de maternité, de maladie professionnelle ou de décès ou un droit à la protection complémentaire en matière de santé, à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou à l'aide médicale de l'Etat :

a) Fournissent de fausses déclarations relatives à l'état civil, la résidence, la qualité d'assuré ou d'ayant droit ou les ressources ;

b) Omettent de déclarer la modification d'une ou plusieurs de ces mêmes déclarations ;

c) Procèdent à de fausses déclarations sur le lieu ou les circonstances d'un accident du travail ou de trajet, que ces déclarations soient portées par l'employeur sur la déclaration prévue au premier alinéa de l'article L. 441-2, ou qu'elles soient inscrites directement par la victime sur la déclaration prévue au second alinéa de ce texte. Les dispositions du présent c sont également applicables aux déclarations mentionnées aux articles L. 751-26 et L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime.

Lorsque ces faits conduisent simultanément à l'attribution ou au maintien injustifié de droits à l'assurance maladie et à la protection complémentaire en matière de santé, ou à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, il ne peut être engagé qu'une seule procédure au titre de l'article R. 147-2 ;

2° Qui dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage injustifié :

a) Procèdent à la falsification, y compris par surcharge, à la duplication, au prêt ou à l'emprunt, de tout document conditionnant la prise en charge d'un acte, produit ou prestation, ou à l'utilisation de documents volés de même nature ;

b) Abusent de leur qualité d'assuré social, de victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet, d'une maladie professionnelle ou de bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat pour obtenir des produits de santé sans lien avec leur état de santé ;

c) Se font rembourser une prestation alors qu'ils font l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L. 315-2 ;

d) Obtiennent la suppression de la participation prévue aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 par le non-respect du protocole prévu à l'article L. 324-1 ;

e) Ne respectent pas le caractère personnel de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 et les obligations qui en découlent, prévues notamment aux articles R. 161-33-3 et R. 161-33-7 ;

f) Ne respectent pas, pour bénéficier d'indemnités journalières, la condition prévue à l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux premiers alinéas des articles L. 732-4 et L. 752-5 du code rural et de la pêche maritime d'être dans l'incapacité de continuer ou de reprendre son travail sous réserve des dispositions de l'article L. 323-3 et du troisième alinéa de l'article L. 433-1 ;

3° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête tels que prévus aux articles L. 315-1 et L. 114-9 à L. 114-21.

Article R147-6-1

La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-6 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les cas prévus au 2° de l'article R. 147-6. Ce montant ne peut excéder le plafond mensuel de la sécurité sociale ;

2° Une fois le plafond mensuel lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 1° de l'article R. 147-6 ;

3° La moitié du plafond mensuel lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-6. Cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle.

Sous-section 3 : Les pénalités financières prononcées à l'égard des employeurs

Article R147-7

Peuvent faire l'objet d'une pénalité les employeurs :

1° Qui portent des indications erronées sur les attestations mentionnées aux articles R. 323-10 et R. 441-4, ayant pour conséquence la majoration du montant des indemnités journalières servies. Ces dispositions sont également applicables aux employeurs des salariés mentionnés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime.

2° Dont la responsabilité a été reconnue dans le bénéfice irrégulier par un assuré d'indemnités journalières ;

3° Qui n'ont pas procédé à la déclaration d'accident du travail prévue à l'article L. 441-2 du présent code, selon les modalités prévues aux articles R. 441-1, R. 441-3 et R. 441-4, ou à l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime ;

4° Qui n'ont pas respecté l'obligation de remise de la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5 du présent code ou à l'article L. 751-27 du code rural et de la pêche maritime ;

5° Qui ont procédé à de fausses déclarations sur la déclaration d'accident du travail prévue au premier alinéa de l'article L. 441-2 du présent code ou à l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime ayant pour objet ou pour effet de minorer le montant des cotisations dues au titre des accidents et des maladies professionnelles en application de l'article L. 241-5 du présent code ou de l'article L. 751-10 du code rural et de la pêche maritime.

Article R147-7-1

La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-7 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, dans les cas prévus aux 1° et 2° de l'article R. 147-7 ;

2° Une fois le plafond mensuel de sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-7 ;

3° Une fois le plafond mensuel de sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 4° de l'article R. 147-7.

Sous-section 4 : Les pénalités financières prononcées à l'égard des professionnels de santé, fournisseurs et prestataires de services, et laboratoires de biologie médicale

Article R147-8

Peuvent faire l'objet d'une pénalité les professionnels de santé libéraux, fournisseurs et prestataires de services, laboratoires de biologie médicale et praticiens statutaires à temps plein des établissements publics de santé dans le cadre de leur activité libérale :

1° Ayant obtenu ou tenté d'obtenir, pour eux-mêmes ou pour un tiers, le versement d'une somme ou le bénéfice d'un avantage injustifié en ayant :

a) Présenté ou permis de présenter au remboursement des actes ou prestations non réalisés ou des produits ou matériels non délivrés ;

b) Procédé au détournement de l'usage d'une des cartes mentionnées à l'article L. 161-31 et L. 161-33 ;

2° N'ayant pas respecté les conditions de prise en charge des actes produits ou prestations soumis au remboursement dans les cas suivants :

a) Non-respect des conditions de prise en charge ou prescription prévues lors de l'inscription au remboursement par l'assurance maladie des actes, produits ou prestations mentionnés aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1, ou des conditions prévues à l'article L. 322-5, y compris les règles prises pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 315-2, ou encore les non-respects des conditions de prescriptions spécifiques prévues aux articles L. 4141-2, L. 4151-4, L. 4321-1, L. 4311-1 et L. 4362-10 du code de la santé publique ;

b) Non-respect, de manière répétée, de l'obligation prévue par les 1°, 2° et 3° de l'article L. 162-4, étendu par l'article L. 162-8, de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent en dehors des indications ouvrant droit à prise en charge ;

c) Non-respect, de manière répétée, des obligations prévues à l'article L. 162-4-2, pour le prescripteur, de mentionner le nom du pharmacien chargé de délivrer les soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif et, pour le pharmacien, de ne procéder à la délivrance que si son nom est mentionné sur la prescription s'agissant des soins ou traitement en cause ;

d) Non-respect, de manière répétée, de l'obligation faite au pharmacien par l'article R. 162-20-6, reprenant l'article R. 5123-3 du code de la santé publique, de délivrer le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance ;

e) Facturation abusive d'actes ou de délivrances présentée comme relevant du livre IV alors que ces actes ou délivrances sont sans lien avec un accident du travail, un accident de trajet ou une maladie professionnelle ;

f) Non-respect, de manière répétée, de l'obligation de conformité des prescriptions avec le protocole mentionné à l'article L. 324-1 ;

g) Non-respect du mode de transport prescrit en application des articles L. 322-5 et R. 322-10-1 ou des modalités de facturation des frais de transport mentionnés aux articles R. 322-10-2 à R. 322-10-7 ;

h) Facturation par une entreprise de transports sanitaires terrestres réalisés avec des moyens en véhicules et en personnels non conformes aux dispositions des articles R. 6312-14 et R. 6312-10 du code de la santé publique ;

i) Facturation par une entreprise de taxi à l'assurance maladie de transports réalisés sans être titulaire d'une autorisation de stationnement sur la voie publique ou d'une carte professionnelle en cours de validité ;

j) Abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;

3° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle, de l'enquête ou de la mise sous accord préalable

prévus aux articles L. 315-1, L. 114-9 à L. 114-21 et L. 162-1-15. Il en va de même lorsqu'il aura été établi qu'une ou plusieurs méconnaissances des formalités administratives liées aux délais d'envoi des documents ouvrant droit à prise en charge prévus à la sous-section 4 de la section 4 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier a ou a eu pour objet de limiter les possibilités de contrôle de l'organisme d'assurance maladie ;

4° N'ayant pas respecté, de manière répétée, les formalités administratives suivantes :

a) Les formalités prévues à la sous-section 4 de la section 4 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier relatives aux modalités de présentation des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, lorsqu'ils ne relèvent pas du cas mentionné à la dernière phrase du 3° ;

b) L'obligation prévue au 4° de l'article L. 162-4 étendu par l'article L. 162-8 de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent en application de l'article L. 160-8 ;

c) L'obligation de faire figurer sur la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5 du présent code ou aux articles L. 751-27 et L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime les actes accomplis au titre du livre IV du présent code ou du titre V du livre VII du code rural et de la pêche maritime ;

d) L'obligation prévue à l'article L. 162-4-1 de mentionner, sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical, les éléments d'ordre médical justifiant les arrêts de travail, y compris les heures de sortie, et les transports qu'ils prescrivent ;

e) L'obligation prévue à l'article R. 5132-13 du code de la santé publique d'apposer sur l'ordonnance les mentions relatives aux délivrances des médicaments relevant des listes I et II et des médicaments stupéfiants ;

5° Pour lesquels l'organisme aura constaté, après deux périodes de mise sous accord préalable telles que définies à l'article L. 162-1-15, un niveau de prescriptions ou de réalisations du même acte, produit ou prestation ou groupe d'actes, produits ou prestations, significativement supérieur à la moyenne régionale et pour une activité comparable.

Si, après une nouvelle période de mise sous accord préalable suivant la pénalité prononcée au titre de l'alinéa précédent, il est constaté un niveau de prescription ou de réalisation du même acte, produit ou prestation ou groupe d'actes, produits ou prestations, à nouveau significativement supérieur à la moyenne régionale et pour une activité comparable, les faits sont considérés réalisés en état de récidive telle que prévue à l'article R. 147-5 ;

6° Pour lesquels il aura été constaté, dans les conditions prévues à l'article R. 148-6, que l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu à l'article L. 162-1-15 n'a pas été atteint.

Article R147-8-1

I.-La pénalité prononcée au titre du 1° au 5° de l'article R. 147-8 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les faits relevant des 1° et 2° de l'article R. 147-8 ;

2° Une fois le plafond mensuel de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-8 susvisé ; cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle ;

3° La moitié du plafond mensuel de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 4° de l'article R. 147-8 ;

4° Une fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les faits mentionnés au 5° de l'article R. 147-8. Cette sanction n'est pas exclusive d'une nouvelle période de mise sous accord préalable telle que prévue à l'article L. 162-1-15 qui peut être prononcée au cours de la même procédure.

II. - La pénalité prononcée au titre du 6° de l'article R. 147-8 est fixée, en tenant compte de l'importance du niveau de non-réalisation de l'objectif et de tous les éléments relatifs à la pratique du médecin pendant la période concernée, à un maximum de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Cette sanction est infligée indépendamment d'une mise sous accord préalable du praticien qui peut être prononcée pour les mêmes faits.

III.-L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent chapitre et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner l'inobservation des mêmes règles.

Sous-section 5 : Les pénalités financières prononcées à l'égard des établissements de santé

Article R147-9

Peuvent faire l'objet d'une pénalité les établissements de santé :

1° Ayant obtenu ou tenté d'obtenir, pour eux-mêmes ou pour un tiers, le versement d'une somme ou le bénéfice d'un avantage injustifié en cas :

- a) De facturation d'actes ou de prestations de soins de suite ou de réadaptation, de psychiatrie ou de soins de longue durée, non réalisés ;
- b) De facturation d'un acte, produit ou prestation déjà pris en charge par l'une des dotations mentionnées aux articles L. 174-1 et L. 162-22-13 ou par le forfait annuel prévu à l'article L. 162-22-8 ;

2° N'ayant pas respecté les conditions de prise en charge des actes produits ou prestations soumis au remboursement en cas :

- a) De manquement aux règles de facturation et de cotation des actes et prestations de soins de suite ou de réadaptation, de psychiatrie ou de soins de longue durée ;
- b) D'inobservation des règles de prise en charge mentionnées à l'article L. 162-1-7, sous réserve des dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 ;

3° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant d'un organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle, de l'enquête ou de la mise sous accord préalable prévus aux articles L. 315-1, L. 114-9 à L. 114-21 et L. 162-1-17 ;

4° N'ayant pas respecté les formalités administratives de facturation, notamment les formalités prévues à la section 4 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier relatives aux modalités de présentation des documents

auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie ou n'ayant pas respecté, de manière répétée, l'obligation faite à tout établissement de santé délivrant des médicaments relevant des listes I et II et des médicaments stupéfiants d'apposer sur l'ordonnance les mentions relatives aux délivrances telles que prévues à l'article R. 5132-13 du code de la santé publique. ;

5° Pour les faits mentionnés à l'article R. 147-8 du fait de leurs salariés.

Article R147-9-1

La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-9 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les faits relevant des 1° et 2° de l'article R. 147-9 ;

2° Deux fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-9. Cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle ;

3° Une fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 4° de l'article R. 147-9 ;

Pour les faits relevant du 5° de l'article R. 147-9, le montant de la pénalité est calculé selon les modalités définies à l'article R. 147-8-1.

Sous-section 6 : Les pénalités financières prononcées à l'égard des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Article R147-10

Peuvent faire l'objet d'une pénalité les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :

1° Qui ne respectent pas le caractère forfaitaire de la prise en charge des actes, prestations et produits couverts par le forfait de soins partiel ou global du tarif journalier mentionné à l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il aura été constaté des facturations individuelles répétées de prestations d'assurance maladie déjà couvertes par les forfaits susmentionnés ;

2° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive, à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant d'un organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête tels que prévus aux articles L. 315-1 et L. 114-9 à L. 114-21. Il en va de même en cas de non-respect des dispositions de l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles lorsque la liste prévue audit article est expressément réclamée dans le cadre d'un contrôle de l'activité de l'établissement ou des professionnels libéraux qui y interviennent ;

3° N'ayant pas respecté les formalités administratives relatives à :

a) La transmission des éléments prévus à l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles, dès lors que ladite transmission n'a pas été effectuée dans un délai de quinze jours après relance par le directeur

de l'organisme local concerné et que le manquement ne relève pas du cas mentionné à la dernière phrase du 2 ;

b) L'obligation d'établir la demande de prise en charge prévue à l'article R. 174-15 ;

4° Pour les faits mentionnés à l'article R. 147-8 du fait de leurs salariés.

Article R147-10-1

La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-10-1 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les cas relevant du 1° de l'article R. 147-10 ;

2° Deux fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 2° de l'article R. 147-10. Cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle ;

3° Une fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-10.

Pour les faits relevant du 4° de l'article R. 147-10, le montant de la pénalité est calculé selon les modalités définies à l'article R. 147-8-1.

Section 2 : Dispositions particulières aux cas de fraude

Sous-section 1 : Dispositions communes en cas de fraude

Article R147-11

Sont qualifiés de fraude, pour l'application de l'article L. 114-17-1, les faits commis dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée au préjudice d'un organisme d'assurance maladie, d'une caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ou, s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'Etat, d'un organisme mentionné à l'article L. 861-4 ou de l'Etat, y compris dans l'un des cas prévus aux sections précédentes, lorsque aura été constatée l'une des circonstances suivantes :

1° L'établissement ou l'usage de faux, la notion de faux appliquée au présent chapitre étant caractérisée par toute altération de la vérité sur toute pièce justificative, ordonnance, feuille de soins ou autre support de facturation, attestation ou certificat, déclaration d'accident du travail ou de trajet, sous forme écrite ou électronique, ayant pour objet ou pouvant avoir pour effet de permettre l'obtention de l'avantage ou de la prestation en cause ;

2° La falsification, notamment par surcharge, la duplication, le prêt ou l'emprunt d'un ou plusieurs documents originairement sincères ou enfin l'utilisation de documents volés de même nature ;

3° L'utilisation par un salarié d'un organisme local d'assurance maladie des facilités conférées par cet emploi ;

4° Le fait d'avoir bénéficié, en connaissance de cause, des activités d'une bande organisée au sens de la sous-section 2, sans y avoir activement participé ;

5° Le fait d'avoir exercé, sans autorisation médicale, une activité ayant donné lieu à rémunération, revenus professionnels ou gains, pendant une période d'arrêt de travail indemnisée au titre des assurances maladie, maternité ou accident du travail et maladie professionnelle.

Est également constitutive d'une fraude au sens de la présente section la facturation répétée d'actes ou prestations non réalisés, de produits ou matériels non délivrés.

Article R147-11-1

Le montant de la pénalité encourue est porté au double des sommes définies au II de l'article R. 147-5. Si le comportement frauduleux n'a pas généré de tels indus, le montant maximum de la pénalité est égal à quatre fois le plafond de la sécurité sociale. Le plafond prévu au 1° de l'article R. 147-6-1 n'est plus applicable et la pénalité prononcée au titre des faits prévus à la présente section ne peut être inférieure aux montants prévus au 3° du VII de l'article L. 114-17-1.

Article R147-11-2

Le directeur de l'organisme d'assurance maladie ou le directeur de la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, s'il ne requiert pas l'avis de la commission, dispose d'un délai de quinze jours à l'issue du délai d'un mois prévu au premier alinéa du I de l'article R. 147-2 pour effectuer la saisine prévue au 2° du III du même article et poursuivre la procédure prévue au même article.

S'il décide de solliciter l'avis de la commission, le délai de deux mois prévu au deuxième alinéa du II de l'article R. 147-2 est réduit à quinze jours sans qu'un délai supplémentaire puisse être accordé et le directeur dispose d'un délai de quinze jours suivant réception de l'avis pour effectuer la saisine prévue au 2° du III du même article et poursuivre la procédure prévue au même article.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande pour formuler son avis. Il le transmet au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou au directeur de la caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa réception. Si le directeur général ne s'est pas prononcé dans ce délai, son avis est réputé favorable.

Le délai prévu au III de l'article R. 147-5 est porté à cinq ans.

Sous-section 2 : La fraude en bande organisée

Article R147-12

Est qualifié de fraude commise en bande organisée, pour l'application de l'article L. 114-17-1, tout fait par lequel deux ou plusieurs acteurs s'entendent pour agir de façon organisée dans le but conscient et commun d'en retirer directement ou indirectement un profit matériel ou financier, un avantage ou un bénéfice au

préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou d'une caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ou, s'agissant des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé ou de l'aide médicale de l'Etat, respectivement d'un organisme mentionné à l'article L. 861-4 ou de l'Etat.

Article R147-12-1

Peut faire l'objet d'une pénalité toute personne dont la responsabilité aura été établie dans la réalisation d'une fraude en bande organisée au sens de l'article R. 147-12 ou qui aura sciemment fourni les moyens de sa réalisation.

Article R147-12-2

Lorsqu'il a connaissance de faits relevant de la présente sous-section et qu'il envisage la mise en œuvre de la procédure des pénalités à ce titre, le directeur de l'organisme local en informe le directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2 ou son représentant désigné à cet effet.

Celui-ci recueille les éléments qu'il estime nécessaires et, dans le cas où plusieurs organismes sont concernés par l'activité de la bande organisée, il les informe afin de leur permettre la mise en œuvre des dispositions du II de l'article R. 147-1.

Article R147-12-3

La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-12-1 est fixée, pour chaque membre de la bande organisée, en fonction de la gravité des faits reprochés et de son degré d'implication dans le fonctionnement ou la mise en place de ladite bande, à un montant maximum égal à 300 % des sommes en cause. Les dispositions de la dernière phrase de l'article R. 147-11-1 et celles de l'article R. 147-11-2 sont applicables.

Section 3 : Bilan

Article R147-13

Les organismes locaux d'assurance maladie transmettent chaque année avant le 1er mars au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, lequel en adresse une synthèse au ministre chargé des comptes de la sécurité sociale, un rapport portant sur leur activité de l'année précédente au titre du présent chapitre, de la section 6 du chapitre Ier du titre VI du livre VIII, de l'article R. 863-7 et de l'article 45 du décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 modifié.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 8 : Objectif de réduction des prescriptions ou réalisations et mise sous accord préalable

Section 1 : Dispositions communes

Article R148-1

I. # Lorsque le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent constate l'une des situations mentionnées au I de l'article L. 162-1-15, il peut mettre en œuvre la procédure de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations ou la procédure de mise sous accord préalable prévues à cet article. Dans ce cas, il notifie au médecin concerné les faits constatés ou les données chiffrées relatives à sa pratique ainsi que celles relatives à la moyenne servant de base de référence, et l'informe de son droit à être entendu, sur sa demande, ou de présenter ses observations écrites, dans le délai d'un mois. L'audition donne lieu à un procès-verbal signé par l'intéressé. Le médecin peut se faire assister par la personne de son choix.

II. # A compter de l'expiration du délai mentionné au I ou du lendemain de l'audition du médecin si celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur peut, dans le délai d'un mois, compte tenu des observations éventuelles du médecin :

1° Soit abandonner la procédure. Dans ce cas, il en informe l'intéressé dans les meilleurs délais ;

2° Soit proposer au médecin un objectif de réduction de ses prescriptions ou réalisations prévu au II de l'article L. 162-1-15, dans les conditions précisées à la section 2 du présent chapitre ;

3° Soit poursuivre la procédure de mise sous accord préalable prévue au I de l'article L. 162-1-15, dans les conditions précisées à la section 3 du présent chapitre.

Si le directeur n'a pas statué au terme du délai qui lui est imparti, la procédure est réputée abandonnée.

Article R148-2

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent pour mener la procédure prévue au présent chapitre est celui déterminé en application des dispositions de l'article R. 147-1. Le médecin-conseil chef de service compétent est celui de cet organisme ou, s'agissant du régime général, celui qui est placé auprès de cet organisme.

Les dispositions du IV de l'article R. 147-2 sont applicables aux notifications prévues au présent chapitre.

Section 2 : Procédure de fixation d'un objectif des prescriptions ou réalisations

Article R148-3

Dans le cas prévu au 2° du II de l'article R. 148-1, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie au médecin une proposition conjointe avec le médecin-conseil chef de service compétent.

La proposition notifiée tient compte de la situation constatée ainsi que, le cas échéant, des observations de l'intéressé. Elle mentionne :

1° L'objectif de réduction du nombre des prescriptions ou réalisations, de la durée ou du taux constaté, lequel ne peut être inférieur à la moyenne servant de base de référence, ainsi qu'une période, comprise entre quatre et six mois, impartie à compter de la date de réception de la proposition pour atteindre cet objectif ;

2° Le montant maximum de la pénalité encourue en cas de dépassement de l'objectif ;

3° La possibilité pour l'intéressé de faire connaître, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de quinze jours à compter de la notification, son refus de cette proposition ;

4° L'avertissement qu'en cas de refus l'intéressé s'expose à la procédure mentionnée à la section 3 du présent chapitre ;

5° L'avertissement qu'à défaut de réponse de l'intéressé dans le délai impartie au 3° il est réputé avoir accepté cette proposition.

Article R148-4

En cas de refus de la proposition mentionnée à l'article R. 148-3, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie poursuit l'instruction de la procédure prévue à la section 3 du présent chapitre.

Article R148-5

En cas d'acceptation tacite ou expresse de la proposition mentionnée à l'article R. 148-3, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le médecin-conseil chef de service compétent désignent un praticien-conseil référent chargé du suivi personnalisé dont les coordonnées sont communiquées à l'intéressé. Ce praticien-conseil effectue, selon une fréquence convenue avec le médecin et au moins à mi-parcours, un entretien sur l'évolution de sa pratique. Le médecin conseil chef de service compétent établit un bilan de cette évolution qu'il adresse au directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

La réalisation de l'objectif est appréciée au regard de l'écart, par rapport à la moyenne servant de base de référence, du nombre, de la durée ou du taux constaté des prescriptions ou réalisations intervenues au cours du délai impartie.

Article R148-6

Au vu des éléments établis par le médecin-conseil chef de service compétent et au plus tard dans les six mois suivant le terme de la période fixée pour réaliser l'objectif, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie au médecin le bilan détaillé de son objectif de réduction de la prescription, précisant s'il a ou non atteint l'objectif fixé et dans quelles proportions.

Si l'objectif n'a pas été atteint, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie informe le médecin s'il envisage de poursuivre la procédure prévue à l'article L. 114-17-1, en vue de prononcer la pénalité prévue par le 6° de l'article R. 147-8, dans les conditions du chapitre VII du présent titre. Dans ce cas, il informe le médecin qu'il pourra exercer ses droits de la défense à l'occasion du déroulement de cette procédure.

Section 3 : Procédure de mise sous accord préalable

Article R148-7

Dans le cas prévu au 3° du II de l'article R. 148-1, ou dans le cas prévu à l'article R. 148-4, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie saisit la commission mentionnée à l'article R. 147-3 ou déterminée, s'il y a lieu, dans les conditions prévues au III de l'article R. 147-1. Il informe simultanément l'intéressé de son droit à être entendu par cette commission, sur sa demande, ou de présenter ses observations écrites, dans le délai d'un mois. Le médecin peut se faire assister par la personne de son choix.

La commission rend un avis motivé portant sur la nécessité et la durée de la mise sous accord préalable.

La commission transmet cet avis, dans un délai maximum de deux mois à compter de sa saisine, qui peut, à sa demande, être prorogé d'un mois, au directeur de l'organisme local d'assurance maladie, ainsi qu'au médecin en cause. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme du délai qui lui est imparti, éventuellement prorogé, l'avis est réputé rendu.

Article R148-8

A compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur peut :

1° Soit abandonner la procédure. Dans ce cas, il en informe le médecin dans les meilleurs délais ;

2° Soit décider de poursuivre la procédure. Dans ce cas, il saisit pour avis dans un délai de quinze jours le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. A défaut de saisine dans le délai précité, la procédure est réputée abandonnée.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant rend un avis dans le délai d'un mois à compter de sa saisine. Si son avis n'est pas rendu dans le délai imparti, il est réputé favorable.

Article R148-9

A compter de la réception de l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie décide, dans le délai de quinze jours :

1° Si l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est défavorable, d'abandonner la procédure. Dans ce cas, il informe de sa décision le médecin dans les meilleurs délais ;

2° Si l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est favorable, de subordonner à l'accord préalable du service de contrôle médical compétent les prescriptions ou réalisations du médecin. Dans ce cas, il notifie au médecin sa décision motivée, qui précise les prescriptions ou réalisations concernées, la date de début et de fin de la période de mise sous accord préalable ainsi que les modalités de sa mise en œuvre, notamment l'information des patients dans les conditions prévues par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique. Il mentionne les délais et voies de recours.

Si le directeur n'a pas statué au terme du délai qui lui est imparti, la procédure est réputée abandonnée.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes

Chapitre 1er : Dispositions applicables au régime général, aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 et à certains régimes de travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Article R151-1

Les décisions des conseils ou des conseils d'administration mentionnées à l'article L. 151-1 sont immédiatement communiquées au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Dans les huit jours, celui-ci prononce l'annulation des décisions qui lui paraissent contraires à la loi. Il peut aussi, dans le même délai, lorsque les éléments soumis à son appréciation nécessitent un complément d'instruction, suspendre l'exécution jusqu'à décision du ministre chargé de la sécurité sociale, qu'il saisit aux fins d'annulation. Le ministre informe la caisse nationale compétente, laquelle lui fait connaître, le cas échéant, son avis. Lorsque la décision ministérielle n'intervient pas dans le délai de quarante jours à compter de la date de suspension de la décision du conseil ou du conseil d'administration par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, cette décision est exécutoire de plein droit.

Lorsque les décisions lui paraissent de nature à compromettre l'équilibre financier des risques, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 peut, dans un délai de huit jours, en suspendre l'application. Il notifie cette suspension à la caisse intéressée qui, si elle maintient sa décision, saisit la caisse nationale compétente.

Les délais prévus au présent article sont des délais francs. Lorsque le premier jour d'un de ces délais est un jour férié ou un samedi, le délai ne court qu'à compter du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le samedi.

Article R151-2

La communication au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 des décisions des conseils ou des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, en application de l'article R. 151-1, doit être accompagnée de tous documents de nature à éclairer le sens et la portée des décisions prises et, notamment, des procès-verbaux des séances du conseil ou du conseil d'administration ou du comité de gestion au cours desquelles lesdites décisions ont été adoptées.

Les délais prévus à l'article R. 151-1 ne courent qu'à dater du jour où la formalité prévue à l'alinéa précédent aura été intégralement remplie.

Article R151-3

Les dispositions de l'article R. 151-1 sont applicables aux décisions prises par le directeur d'un organisme de sécurité sociale agissant par délégation du conseil d'administration ainsi qu'aux décisions qui sont énumérées par décret.

La suspension d'une décision d'un directeur en application du troisième alinéa de l'article R. 151-1 est notifiée au directeur de la caisse intéressée qui, s'il maintient sa décision, saisit le directeur de la caisse nationale. Cette décision demeure suspendue tant que le directeur de la caisse nationale ne l'a pas explicitement confirmée ou infirmée.

Article R151-4

Les pouvoirs de suspension et d'annulation mentionnés aux articles L. 151-1 et R. 151-1 sont exercés dans tous les cas par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 à l'égard des décisions des conseils d'administration des unions ou des fédérations de caisses de sécurité sociale et d'allocations familiales à circonscription nationale.

Article R151-5

Les décisions des conseils d'administration des unions ou fédérations mentionnées à l'article R. 151-4 doivent être communiquées directement par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 dans les formes et délais prévus par les articles R. 151-1 et R. 151-2.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes

Chapitre 2 : Dispositions applicables au régime d'assurance vieillesse des professions libérales, des avocats et aux régimes mentionnés aux articles 1002 à 1002-4 du code rural

Section 2 : Dispositions applicables au régime d'assurance vieillesse des professions libérales et des avocats.

Article R152-1

Les décisions des conseils d'administration mentionnés à l'article L. 152-1 sont immédiatement communiquées au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Dans les huit jours, celui-ci peut, dans le cas où les décisions lui paraissent contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse, en suspendre l'exécution jusqu'à décision du ministre chargé de la sécurité sociale, qu'il saisit aux fins d'annulation. Lorsque la décision ministérielle n'intervient pas dans le délai de quarante jours à compter de la date de suspension de la décision du conseil d'administration par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, cette décision est exécutoire de plein droit.

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 peut également, dans le délai de huit jours prévu au deuxième alinéa ci-dessus, annuler celles des décisions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 152-1, qui présentent un caractère individuel.

Par dérogation aux alinéas précédents, les décisions des conseils d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et de la Caisse nationale des barreaux français sont immédiatement communiquées au ministre chargé de la sécurité sociale, qui peut les annuler dans les quarante jours lorsqu'elles lui paraissent contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse.

La communication des décisions au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou au ministre chargé de la sécurité sociale doit être accompagnée de tous documents de nature à éclairer le sens et la portée de celles-ci, et, notamment, des procès-verbaux des séances du conseil d'administration ou du comité de gestion au cours desquelles lesdites décisions ont été adoptées. Les délais prévus aux deuxième et quatrième alinéas ne courent qu'à compter du jour où cette formalité aura été intégralement remplie.

Les délais prévus au présent article sont des délais francs. Lorsque le premier jour d'un de ces délais est un jour férié ou un samedi, le délai ne court qu'à compter du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le

samedi. Ces délais sont respectivement portés à un mois et à deux mois en ce qui concerne les divers budgets que les caisses sont tenues d'établir.

Section 3 : Dispositions applicables aux régimes mentionnés aux articles 1002 à 1002-4 du code rural.

Article R152-2

Les délibérations du conseil d'administration et du comité d'action sanitaire et sociale des organismes de mutualité sociale agricole sont immédiatement communiquées au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

La communication doit être accompagnée de tout document de nature à éclairer le sens et la portée des décisions prises, notamment en ce qui concerne les délibérations des conseils d'administration et des comités de la protection sociale, les procès-verbaux des séances au cours desquelles les décisions ou les avis ont été adoptés et les décisions des unions, des unions d'économie sociale, des groupements d'intérêt économique et des sociétés civiles immobilières ayant fait l'objet d'une délibération du conseil d'administration en application de l'article R. 723-108 du code rural et de la pêche maritime.

Les délais fixés par l'article R. 152-3 ne courent qu'à dater du jour où ces formalités ont été intégralement remplies.

Article R152-3

Dans les huit jours suivant la communication d'une délibération du conseil d'administration ou du comité d'action sanitaire et sociale, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 peut, dans le cas où il estime que celle-ci est contraire aux dispositions législatives ou réglementaires ou qu'elle est de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse ou du régime et lorsque les éléments soumis à son appréciation nécessitent un complément d'instruction, en suspendre l'exécution jusqu'à décision du ministre chargé de l'agriculture, qu'il saisit aux fins d'annulation. Si la décision ministérielle n'intervient pas dans un délai de quarante jours à compter de la date de suspension de la délibération du conseil d'administration ou du comité d'action sanitaire et sociale par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, cette délibération est exécutoire de plein droit.

Dans le délai de huit jours suivant leur communication, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 peut soit prononcer l'annulation, soit suspendre l'exécution jusqu'à décision ministérielle dans les conditions fixées à l'alinéa précédent des délibérations qui présentent un caractère individuel et qui sont illégales.

Les délais prévus au présent article sont des délais francs. Lorsque le premier jour d'un de ces délais est un jour férié ou un samedi, le délai court du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le samedi.

Les dispositions du présent article sont applicables aux décisions prises par le directeur d'un organisme de mutualité sociale agricole agissant par délégation du conseil d'administration.

Article R152-4

L'application des dispositions des articles R. 152-2 et R. 152-3 aux délibérations du comité central d'action sanitaire et sociale ainsi qu'aux délibérations des conseils d'administration des associations à compétence nationale et des comités directeurs des groupements d'intérêt économique à compétence nationale relève du ministre chargé de l'agriculture qui dispose d'un délai de vingt jours à compter de la date à laquelle il a été saisi pour se prononcer. En l'absence de réponse dans ce délai, ces délibérations sont exécutoires de plein droit.

Les délibérations du conseil d'administration ou du comité directeur des associations ou groupements d'intérêt économique autres que ceux mentionnés à l'alinéa précédent sont soumises au contrôle du responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 et, s'il y a lieu, du ministre chargé de l'agriculture dans les conditions prévues aux articles R. 152-2 et R. 152-3.

Article R152-5

I.-Les délibérations des assemblées générales des caisses départementales et pluridépartementales de mutualité sociale agricole, des associations et des groupements d'intérêt économique dont la compétence est pluridépartementale, régionale ou interrégionale sont exécutoires de plein droit si, à l'issue d'un délai de vingt jours à compter de la date à laquelle il a été saisi, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 n'a pas fait connaître son opposition.

II.-Les délibérations des assemblées générales, des associations et des groupements d'intérêt économique dont la compétence est nationale sont exécutoires de plein droit si, à l'issue d'un délai de vingt jours à compter de la date à laquelle il a été saisi, le ministre chargé de l'agriculture n'a pas fait connaître son opposition.

Article R152-6

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 152-3, les délais pour suspendre et annuler les délibérations des conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole portant sur des opérations immobilières sont respectivement fixés à un mois et deux mois. Pour les délibérations mentionnées à l'article R. 152-4 et portant sur des opérations immobilières, le délai dans lequel le ministre chargé de l'agriculture doit se prononcer est fixé à deux mois.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes

Chapitre 2 bis : Dispositions communes

Article R152-7

Les décisions mentionnées aux articles L. 151-1 et L. 152-1 sont transmises par voie électronique au service mentionné à l'article R. 155-1, au ministre chargé de la sécurité sociale ou au ministre chargé de l'agriculture.

Article R152-8

Les décisions des directeurs des organismes de sécurité sociale prises pour la mise en œuvre des dispositions législatives spéciales prévoyant des thèmes de négociation collective obligatoire sont soumises à l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale et, pour les organismes de mutualité sociale agricole, du ministre chargé de l'agriculture.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes

Chapitre 3 : Contrôle des budgets - Contrôles divers

Article R153-2

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article L. 153-2 pour approuver les budgets des établissements gérés par les organismes de sécurité sociale est le directeur général de l'agence régionale de santé en ce qui concerne les établissements de santé et les établissements mentionnés aux 8°, 13°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article L. 153-6 est l'autorité chargée du contrôle administratif.

Article R153-3

Les unions ou fédérations d'organismes de sécurité sociale instituées conformément aux dispositions législatives ou réglementaires en vigueur sont soumises au même régime administratif et financier que les organismes de sécurité sociale du régime dont elles font partie.

Les dispositions du présent article sont applicables à tous organismes, à l'exception des organismes d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes et de la caisse des Français de l'étranger.

Article R153-4

Pour les organismes mentionnés à l'article L. 153-3, l'autorité compétente de l'Etat est le ministre chargé de l'agriculture. Si la décision ministérielle n'intervient pas dans le délai de deux mois à compter de la date à laquelle le ministre a été saisi, les délibérations sont exécutoires de plein droit.

Article R153-6

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée aux articles L. 153-4 et L. 153-5 est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Article R153-7

Si les budgets de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale, de la prévention et du contrôle médical d'un organisme de sécurité sociale ou des établissements gérés par celui-ci, bien que régulièrement arrêtés, votés ou délibérés, selon le cas, par le conseil ou le conseil d'administration avant le 1er janvier, ne sont pas en état d'être exécutés au commencement de l'année à laquelle ils se rapportent, les dépenses ordinaires portées au dernier budget continuent à être faites jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau budget, sous réserve des modifications justifiées par l'exécution des engagements autorisés ou des dépenses obligatoires.

Ces crédits ne peuvent être employés chaque mois que dans la limite du douzième des crédits annuels. Toutefois, pour les crédits en litige, le ministre ou son représentant territorial peut fixer une proportion mensuelle inférieure.

Lorsqu'une suspension ou une annulation prononcée par le ministre ou son représentant territorial ne porte que sur des crédits inscrits à l'un des budgets susmentionnés, les dispositions du présent article ne sont applicables qu'aux crédits faisant l'objet de la suspension ou de l'annulation et jusqu'à ce qu'une nouvelle délibération du conseil d'administration les concernant soit devenue exécutoire.

Le présent article a le même champ d'application que les articles L. 153-3 et L. 153-4.

Article R153-8

Les régimes, organismes, institutions et services mentionnés aux articles L. 111-1, L. 111-2, L. 711-1 et L. 731-1 sont soumis au contrôle de l'inspection générale de la sécurité sociale.

Article R153-9

Les caisses primaires d'assurance maladie, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, les caisses d'allocations familiales et les institutions mentionnées aux articles L. 111-2, L. 711-1 et L. 731-1 sont soumises au contrôle de l'inspection générale des finances, des trésoriers payeurs généraux ou des directeur régionaux ou départementaux des finances publiques et, à Paris, du receveur général des finances de Paris.

Un arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale précise les conditions dans lesquelles sera effectué le contrôle prévu à l'alinéa précédent.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes

Chapitre 4 : Contrôle de la Cour des comptes.

Article R154-1

Le contrôle de la Cour des comptes s'exerce dans les conditions fixées au chapitre IV du titre III du livre Ier du code des juridictions financières.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes

Chapitre 5 : Contrôle relevant d'un service à compétence nationale

Article R155-1

Le contrôle des organismes locaux et régionaux de sécurité sociale et des organismes de mutualité sociale agricole est assuré par un service à compétence nationale, créé dans les conditions prévues par le décret n° 97-464 du 9 mai 1997 relatif à la création et à l'organisation des services à compétence nationale.

Le service mentionné au premier alinéa exerce également son contrôle sur les organismes mentionnés aux articles R. 611-21 et R. 641-24.

Article R155-3

Le contrôle opéré par le service mentionné à l'article R. 155-1 s'exerce sur pièces et sur place. Les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole sont tenus de fournir aux membres de ces services tous documents et supports d'information utiles à l'exercice de ce contrôle. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture définit les éléments devant être fournis périodiquement.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre préliminaire : Dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé

Section 1 : Dispositions relatives aux bénéficiaires

Sous-section unique : Soins dispensés à l'étranger

Article R160-1

Les soins dispensés aux personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 et aux personnes qui leur sont rattachées au sens des règlements européens qui s'avèrent médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse font l'objet, en cas d'avance de frais, d'un remboursement par les caisses d'assurance maladie dans les conditions prévues dans l'Etat de séjour ou, en cas d'accord de l'assuré social, dans les conditions prévues par la législation française, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré et sous réserve des adaptations prévues aux articles R. 160-2, R. 160-3 et R. 160-3-1.

Article R160-2

I.-Les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais de soins dispensés aux personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 et aux personnes qui leur sont rattachées au sens des règlements européens dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse, dans le cadre d'un déplacement aux fins de recevoir un traitement adapté, lorsque ces soins :

1° Impliquent le séjour du patient concerné dans un établissement de soins pour au moins une nuit ; ou

2° Nécessitent le recours aux infrastructures ou aux équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, qui figurent sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

II.-L'autorisation mentionnée au I ne peut être refusée lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° La prise en charge des soins envisagés est prévue par la réglementation française ;

2° Ces soins sont appropriés à l'état de santé du patient ;

3° Un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut pas être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé actuel du patient et de l'évolution probable de son affection.

L'assuré social adresse la demande d'autorisation à sa caisse d'affiliation. La décision est prise par le contrôle médical. Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande de l'intéressé ou, le cas échéant, de la demande de l'institution de l'Etat de résidence. En l'absence de réponse à l'expiration de ce dernier délai, l'autorisation est réputée accordée.

Les décisions de refus sont dûment motivées et susceptibles de recours dans les conditions de droit commun devant le tribunal des affaires de sécurité sociale compétent. Toutefois, les contestations de ces décisions, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'état du malade, du caractère approprié à son état des soins envisagés ou du caractère identique ou d'un même degré d'efficacité du ou des traitements disponibles en France, sont soumises à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier du présent code.

III.-Ces soins sont soumis aux mêmes règles de remboursement que celles prévues par l'article R. 160-1.

Les soins autres que ceux mentionnés au I du présent article qui sont dispensés dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ne sont pas soumis à autorisation préalable et sont remboursés aux assurés sociaux dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sous réserve que leur prise en charge soit prévue par la réglementation française.

Article R160-3

Des conventions passées entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins établis dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Suisse peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, ou de l'agence régionale de santé compétente, prévoir les conditions de séjour dans ces établissements de malades bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 ou de personnes qui leur sont rattachées au sens des règlements européens qui ne peuvent pas recevoir en France les soins appropriés à leur état, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Les personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 et les personnes qui leur sont rattachées au sens des règlements européens qui bénéficient des conventions mentionnées au premier alinéa sont dispensées, lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, d'autorisation préalable.

Article R160-3-1

Les frais d'examens de biologie médicale effectués par un laboratoire de biologie médicale établi hors de France sur le territoire d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, à partir des échantillons biologiques prélevés en France, sont remboursés, dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, dès lors que ce laboratoire satisfait aux conditions prévues par l'article L. 6221-4 du code de la santé publique.

Article R160-4

Les caisses d'assurance maladie peuvent procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Suisse aux personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 qui sont tombés malades inopinément, sans que celui-ci puisse excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en France.

Lorsque les personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, les conventions intervenant entre les organismes de sécurité sociale d'une part, et certains établissements de soins à l'étranger d'autre part, peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour des intéressés dans lesdits établissements, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Indépendamment des cas prévus à l'alinéa ci-dessus, les caisses d'assurance maladie peuvent, à titre exceptionnel, et après avis favorable du contrôle médical, procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Suisse à une personne bénéficiaire de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2, lorsque celui-ci aura établi qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état. Les caisses d'assurance maladie réexaminent la situation en fonction de l'état de santé du patient et de l'offre de soins disponible à la date des soins, en France ou dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse.

Section 2 : Dispositions relatives aux prestations

Section 3 : Participation de l'assuré social

Sous-section 1 : Montant de la participation de l'assuré

Article R160-5

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 160-13 est fixée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans les limites suivantes :

1° De 15 à 25 % pour les frais d'honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ainsi que les frais d'examen de biologie médicale afférents à des soins dispensés dans les mêmes conditions ;

2° De 15 à 25 % du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé ;

3° De 25 à 35 % pour les frais d'honoraires des praticiens, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

4° De 35 à 45 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

5° De 35 à 45 % pour les frais d'examens de biologie médicale, sauf pour ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus ;

6° De 70 à 75 % pour les médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et pour les médicaments dont le service médical rendu, tel que défini au I de l'article R. 163-3, a été classé comme modéré en application du 6° de l'article R. 163-18, ainsi que pour l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 et y afférent ;

7° De 70 à 75 % pour les spécialités homéopathiques, dès lors qu'elles sont inscrites sur la liste établie en application du premier alinéa de l'article L. 162-17 et pour les préparations homéopathiques répondant aux conditions définies au 11° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique prises en charge par l'assurance maladie, ainsi que pour l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 et y afférent ;

8° de 40 à 50 % pour les frais de produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ;

9° de 30 à 40 % pour les frais de transport prévus au 2° de l'article L. 160-8 ;

10° de 30 à 40 % pour les frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal ;

11° de 30 à 40 % pour tous les autres frais ;

12° De 15 à 25 % pour les forfaits mentionnés aux 2°, 4°, 5° et 6° de l'article R. 162-32 ;

13° De 15 à 25 % pour les consultations et les actes facturés en sus des forfaits mentionnés au 12° ;

14° De 80 à 90 % pour les médicaments dont le service médical rendu, tel que défini au I de l'article R. 163-3, a été classé comme faible, dans toutes les indications thérapeutiques, en application du 6° de l'article R. 163-18, ainsi que pour l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 et y afférent.

Dans le cas des préparations magistrales incluant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques déconditionnées, et dès lors que ce déconditionnement est autorisé conformément aux dispositions de l'article R. 5132-8 du code de la santé publique, le taux de participation de l'assuré est égal au plus faible de ceux applicables à ces spécialités.

Article R160-6

En application du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3, la participation de l'assuré ou de l'ayant droit peut être majorée, pour les actes et consultations réalisés par des médecins, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de 37,5 % à 42,5 % du tarif servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les assurés et leurs ayants droit dont la participation est réduite ou supprimée en application de l'article L. 160-14 supportent cette majoration.

La majoration ne peut dépasser un montant égal au produit de la rémunération applicable aux consultations de cabinet des médecins spécialistes pratiquant des honoraires opposables telle que fixée par le convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 multiplié par le taux retenu par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en vertu des deux alinéas précédents.

Dans le cas d'une hospitalisation, la participation de l'assuré pour l'ensemble des frais d'honoraires et d'hospitalisation est majorée du montant défini à l'alinéa précédent.

Outre les cas d'exonérations prévus pour l'application du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3, cette majoration n'est pas due lorsque l'assuré ou l'ayant droit est dans l'une des situations suivantes :

1° Lorsqu'il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;

2° Lorsqu'il recourt à un médecin parce qu'il est confronté à une situation non prévue plus de huit heures auparavant pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant l'intervention rapide du médecin.

Article R160-7

En application du 22° de l'article L.160-14, la participation de l'assuré est supprimée pour les frais dus au titre de l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 pour l'exécution d'une prescription comportant au moins cinq lignes différentes de spécialités pharmaceutiques remboursables et facturées à l'assurance maladie en une seule délivrance.

Article R160-8

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 160-13 est supprimée pour certains médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux, figurant sur une liste établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis de la commission instituée par l'article R. 163-15 ainsi que pour l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 afférent à ces médicaments. Elle est également supprimée pour les frais d'examens de biologie médicale relatifs au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et par le virus de l'hépatite C. Il n'y a pas non plus de participation de l'assuré pour les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique au titre de l'article R. 5126-104 du même code et pour ceux bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 160-13 est également supprimée pour les frais d'examens de dépistage sous réserve que ces examens soient effectués dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique.

La participation de l'assuré en ce qui concerne les frais de transport n'est pas due lorsque l'état du bénéficiaire hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à cet état. Toutefois, cette disposition dérogatoire n'est pas applicable aux transports vers une maison de repos ou de convalescence, présentant les caractéristiques techniques définies à l'article premier de l'annexe XIX du décret n° 56-284 du 9 mars 1956.

La participation de l'assuré est supprimée pour les frais de transport mentionnés au 19° de l'article L. 160-14.

Article R160-9

Pour les assurés titulaires, au titre d'un avantage de vieillesse, de l'allocation supplémentaire prévue à l'article L. 815-2, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées instituée par l'article L. 815-1, les taux prévus pour les frais et les médicaments mentionnés aux 4°, 5°, 6° et 7° de l'article R.

160-5 sont limités à 20 % sauf en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques. En matière de frais de transport, ces assurés sont exonérés de toute participation.

Article R160-10

Les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15 et L. 341-16 sont exonérés de la participation prévue au I de l'article L. 160-13 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes.

Les rentiers mentionnés à l'article L. 371-1 sont exonérés de la participation prévue au I de l'article L. 160-13 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit.

Les titulaires d'une pension de réversion qui se trouvent atteints entre cinquante-cinq et l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 d'une invalidité permanente satisfaisant aux conditions exigées pour ouvrir droit à une pension d'invalidité sont également exonérés de la participation prévue au I de l'article L. 160-13, en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes.

Article R160-11

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 160-13 est supprimée lorsque le malade est dans l'un des cas prévus au 3° ou au 4° de l'article L. 160-14, pour les actes, prestations et traitements inscrits sur le protocole de soins prévu à l'article L. 324-1.

Le directeur de l'organisme servant les prestations prend la décision prononçant la suppression de cette participation après avis du service du contrôle médical. Elle est valable pour une durée égale à celle indiquée sur le protocole de soins.

La décision d'exonération peut être renouvelée dans les mêmes conditions à l'expiration de cette période si le malade est toujours reconnu atteint d'une ou des affections mentionnées au 3° ou au 4° de l'article L. 160-14. Cette décision est valable pour la durée indiquée sur le protocole renouvelé.

A défaut de durée mentionnée sur le protocole, la décision indique sa propre durée.

Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période de validité du protocole de soins, ce changement est sans incidence sur la durée pendant laquelle il bénéficie de la suppression de sa participation.

Article R160-12

L'existence d'une affection donnant droit à la suppression de la participation de l'assuré au titre du 4° de l'article L. 160-14 est reconnue lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement réunies :

- a) Le malade est atteint soit d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave, ne figurant pas sur la liste mentionnée au 3° de l'article L. 322-3, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;
- b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements.

Article R160-13

La décision statuant sur la suppression de la participation de l'assuré est notifiée à ce dernier. La notification a lieu par lettre recommandée avec demande d'avis de réception toutes les fois qu'il s'agit d'une décision de refus. Dans le cas où le bénéfice de la suppression est demandé par l'assuré, la caisse est tenue de répondre dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande. Le défaut de réponse dans ce délai vaut décision de rejet et ouvre droit au recours de l'assuré.

Les contestations relatives à l'application des articles R. 160-11 et R. 160-12 ci-dessus donnent lieu, lorsqu'elles portent sur l'appréciation portée par le médecin conseil, à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre 1er du titre IV du livre Ier.

Article R160-14

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 160-13 est supprimée, dans le cas énoncé au 10° de l'article L. 160-14, lorsque ce dernier, ayant été atteint d'une affection figurant sur la liste mentionnée au 3° de cet article, se trouve dans un état de santé qui, au regard des recommandations de la Haute Autorité de santé, ne requiert plus aucun traitement, mais un suivi clinique et paraclinique régulier.

Article R160-15

Lorsque l'assuré se trouve dans la situation mentionnée à l'article précédent, sa participation est supprimée pour le suivi de l'affection au titre de laquelle il s'était vu reconnaître le bénéfice du 3° de l'article L. 160-14, sur la demande de son médecin traitant. Cette demande est établie sur l'ordonnance mentionnée à l'article R. 161-45 et adressée au service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie. La demande précise l'affection au titre de laquelle l'assuré bénéficiait de l'exonération prévue au 3° de l'article L. 160-14.

Le service médical informe le directeur de l'organisme local servant les prestations qui notifie à l'assuré la décision de suppression de sa participation. En cas de refus, la notification a lieu par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période pendant laquelle il bénéficie de la suppression de sa participation prévue au R. 160-14, ce changement est sans incidence sur la durée pendant laquelle il bénéficie de cette suppression.

Article R160-16

Pour l'application des 1° et 2° de l'article L. 160-14 ;

I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie est réduite à 18 euros dans les cas suivants :

1. Pour les actes inscrits sur la liste mentionnée à l'article R. 162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60, soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.
2. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé, lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de

santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.

3. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 2 et en lien direct avec elle.

Dans les cas mentionnés aux 2 et 3 ci-dessus, la participation de l'assuré est due au titre des frais d'hospitalisation.

Dans le cas mentionné au 1 ci-dessus, lorsqu'au cours d'une même consultation sont réalisés par un même praticien et pour un même patient plusieurs actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60, soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros, la participation de l'assuré pour l'ensemble de ces actes est réduite au montant défini au premier alinéa du présent I.

Pour l'application de ces dispositions, les coefficients ou les tarifs des actes peuvent se cumuler lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient. Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Lorsque le cumul concerne un acte affecté d'un coefficient et un acte affecté d'un tarif, la participation de l'assuré est égale au montant défini au premier alinéa du présent I lorsque le montant en euros résultant de ce cumul est égal ou supérieur à 120 euros.

II.-La participation de l'assuré est supprimée :

1. Pour les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons mentionnés dans la liste des actes et prestations pris en charge ou admis au remboursement par l'assurance maladie prévue à l'article R. 162-52 qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60, soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros ; cette suppression ne dispense pas du versement du montant de la participation due par l'assuré au titre des autres actes pratiqués à l'occasion de la consultation ou des frais intervenus au cours de l'hospitalisation.

2. Pour les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation mentionnée au 2 du I ainsi que, en cas d'hospitalisation mentionnée au 3, pour les frais de transport entre les deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile.

Pour l'application des dispositions du 1 ci-dessus, les coefficients ou tarifs de chacun des actes mentionnés ne peuvent être cumulés.

III.-Le tarif ouvrant droit à réduction est revalorisé chaque année conformément à l'évolution du tarif moyen pondéré afférent aux actes de la classification commune des actes médicaux constaté par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin de l'année précédente.

IV.-La participation de l'assuré n'est ni réduite ni supprimée pour les frais de prothèses dentaires, d'examens de biologie médicale et d'actes d'anatomo-cyto-pathologie sauf si ces actes sont dispensés dans le cadre d'une hospitalisation prévue aux 2 ou 3 du I ci-dessus.

V.-La participation de l'assuré est supprimée dans les cas suivants :

1. Pour les frais d'acquisition des prothèses oculaires et faciales, des orthoprothèses et des véhicules pour handicapés physiques figurant sur la liste prévue par l'article L. 165-1.

2. Pour les frais afférents à la fourniture du sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de la fourniture du lait humain.

3. Pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du trente et unième jour d'hospitalisation consécutif.

Article R160-17

I.-La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie est supprimée, par application de l'article L. 160-14 ;

1° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés, lorsqu'elle se produit dans les trente jours qui suivent la naissance, ainsi que pour les soins de toute nature qui leur sont dispensés dans un établissement de santé au cours de la période de trente jours qui suit la naissance ;

2° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle. La décision de l'organisme local assurant la prise en charge des frais de santé prononçant la suppression de la participation est prise sur avis conforme du contrôle médical ; à défaut d'entente entre le médecin-conseil et le médecin traitant sur les prestations devant bénéficier de la dispense de participation, il est fait appel à un expert dans les conditions prises en application de l'article L. 324-1. La décision de la caisse fixe la durée de la période d'exonération.

Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période d'exonération, ce changement est sans incidence sur la durée pendant laquelle il bénéficie de cette exonération ;

3° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, pour les frais d'examens et de traitement prescrits en vue du prélèvement d'éléments ou de la collecte de produits du corps humain, y compris des gamètes, les frais d'hospitalisation ainsi que les frais de suivi et de soins dispensés au donneur en raison du prélèvement ou de la collecte dont il a fait l'objet ;

4° Pour les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une interruption volontaire de grossesse par voie instrumentale ou médicamenteuse pratiquée dans les conditions prévues à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique ;

5° Pour les mineures âgées d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition des spécialités pharmaceutiques à visée contraceptive inscrites sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ainsi que des dispositifs médicaux à visée contraceptive inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1.

II.-La participation de l'assuré est également supprimée, dans les conditions définies ci-après, pour les soins consécutifs aux sévices sexuels subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal, à compter de la date présumée de commission des faits.

Saisie d'une demande de l'assuré, de la victime, de son médecin ou de son représentant légal, ou lorsqu'une enquête de police judiciaire, une instruction préparatoire ou une mesure d'assistance éducative prévue à l'article 375 du code civil a été engagée, la caisse d'assurance maladie sollicite l'avis du contrôle médical sur le principe et la durée de l'exonération prévue à l'alinéa précédent. Le contrôle médical se prononce sur la base des éléments communiqués par le médecin traitant et, le cas échéant, de l'expertise médico-psychologique mentionnée à l'article 706-48 du code pénal (1).

L'exonération est fixée pour la durée du traitement, si nécessaire au-delà de la majorité de la victime, et peut être prolongée dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période d'exonération, ce changement est sans incidence sur la durée pendant laquelle il bénéficie de cette exonération.

Article R160-18

Par dérogation aux articles R. 160-10, R. 160-16 et au I de l'article R. 160-17, les assurés sociaux mentionnés à ces articles supportent la participation prévue au 6° et au 14° de l'article R. 160-5

Article R160-19

Le montant de la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article R. 160-13 ne peut excéder 1 euro.

Article R160-20

La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 n'est pas exigée au titre des ayants droit qui n'ont pas atteint l'âge de dix-huit ans au 1er janvier de l'année civile considérée.

Sous-section 2 : Procédure de fixation de la participation de l'assuré

Article R160-21

Avant toute décision prise en application du deuxième alinéa du I de l'article L. 160-13, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie saisit l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'Union nationale des professionnels de santé qui disposent d'un délai de trente jours pour rendre leur avis. A l'expiration de ce délai, les avis de ces organismes sont réputés rendus. La décision du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, accompagnée des avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et de l'Union nationale des professionnels de santé, est transmise au ministre chargé de la santé.

Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de ladite décision. En cas d'opposition, le ministre en informe l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'Union nationale des professionnels de santé. La décision du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est réputée approuvée à l'expiration de ce délai. Elle est publiée au Journal officiel de la République française.

Dans le cas où, dans un délai de deux mois à compter de l'entrée en vigueur d'un décret fixant des limites de taux de participation de l'assuré mentionnées à l'article L. 160-5, le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie n'a pas fixé le taux de la participation de l'assuré, le taux applicable est fixé, à l'intérieur de ces limites, par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale publié au Journal officiel de la République française.

Sous-section 3 : Dispositions diverses

Article R160-22

La participation des caisses aux dépenses médicales et pharmaceutiques ne peut, en aucun cas, même lorsqu'elle est fixée forfaitairement, excéder le montant des frais exposés par l'assuré.

Article R160-23

Le renouvellement de la prise en charge des frais d'hospitalisation des personnes mentionnées à l'article L. 160-3 ne peut intervenir au-delà du premier mois de séjour que sur décision individuelle prise à la diligence de l'établissement hospitalier par la caisse primaire d'assurance maladie après avis du contrôle médical reconnaissant la nécessité de la prolongation des soins dans l'établissement.

Le premier renouvellement ainsi que les suivants ne peuvent être accordés que pour des périodes de trois mois au maximum suivant la même procédure, sous réserve toutefois du droit, pour la caisse primaire, de suspendre à tout moment le service des prestations, lorsque, à la suite d'un contrôle du malade, il aura été établi que l'hospitalisation ne s'impose plus médicalement.

La prise en charge ne cessera toutefois d'avoir effet qu'à compter de l'expiration d'un délai de deux jours francs à dater de la notification à l'établissement d'hospitalisation.

Article R160-24

Les frais mentionnés à l'article L. 160-8 ne comprennent, en ce qui concerne les cures thermales, que les frais de surveillance médicale desdites cures et les frais de traitement dans les établissements thermaux.

Section 4 : Dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux prestations

Section 1 : Bénéficiaires

Sous-section 2 : Assurances maladie-maternité-décès.

Article R161-1

Les organismes d'assurance maladie qui servent les prestations en application des articles L. 161-8 et L. 160-1 ainsi que, le cas échéant, les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 qui servent les prestations définies à l'article L. 861-3 aux personnes affiliées, rattachées à un régime de sécurité sociale obligatoire et aux bénéficiaires de ce régime de l'un des dispositifs de maintien du droit aux prestations prévus au chapitre Ier du titre VI du livre Ier et à l'article L. 311-5, organisent un contrôle de l'effectivité de la résidence en France dans les cas suivants :

1° Lors de la liquidation de la cotisation annuelle au régime général en application de l'article L. 380-2 ;

2° Lors du calcul annuel des ressources en application du même article ;

3° Lors d'un changement d'organisme de rattachement ;

4° Lors de la déclaration d'un ayant droit ou de son retrait ;

5° Lors de la demande de protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 ou lors de l'expiration du droit à cette protection.

En tout état de cause, ce contrôle a lieu une fois par an.

Article R161-3

Le délai prévu par l'article L. 161-8 pendant lequel le droit aux prestations en espèces est maintenu est fixé à douze mois.

Article R161-4

La limite d'âge prévue au 2° de l'article L. 161-1 est fixée à vingt ans.

Article R161-4-1

I. - La durée maximale d'incarcération prévue à l'article L. 161-13-1 est de douze mois.

II. - En cas de non-reprise d'une activité professionnelle à l'issue de la période d'incarcération, le délai, prévu à l'article L. 161-13-1, pendant lequel le droit aux prestations en espèces est maintenu est fixé à trois mois.

Article R161-5

Le nombre minimum d'enfants mentionnés au 3° de l'article L. 161-1 est de deux, et leur âge limite de quatorze ans.

Article R161-6

L'action directe en paiement prévue à l'article L. 161-15 est exercée par l'assuré dans les conditions suivantes :

1°) si son conjoint séparé de droit ou de fait relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité de salarié, l'assuré peut obtenir le paiement des prestations en produisant une attestation délivrée par l'organisme ou service chargé du paiement des prestations familiales et établissant qu'il a perçu lesdites prestations pour le mois écoulé du chef d'un salarié remplissant les conditions d'activité nécessaires à l'ouverture du droit aux prestations familiales ;

2°) si l'assuré ne peut obtenir l'attestation mentionnée au 1° ci-dessus, il peut demander directement la prise en charge des frais de santé à la caisse d'assurance maladie dont relève son conjoint séparé en produisant le jugement de séparation de corps ou une déclaration attestant la séparation de fait.

Si son conjoint séparé relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie de non-salariés, l'assuré exerce son action directe en paiement des prestations auprès de l'organisme dont relève son conjoint séparé en fournissant une copie du jugement de séparation de corps ou une déclaration de séparation de fait.

Les organismes d'assurance maladie doivent prendre toutes dispositions utiles en vue de faciliter à l'assuré la mise en oeuvre de son action directe.

Article R161-8

Par dérogation à toutes dispositions contraires, les parents qui bénéficient tous les deux de la prise en charge des frais de santé en application de l'article L. 160-1 peuvent demander, conjointement ou séparément, que leurs enfants soient rattachés, en qualité d'ayants droit, à chacun d'entre eux pour le bénéfice de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et maternité.

Les demandes peuvent être effectuées à tout moment. Ces demandes ainsi que leurs modifications sont effectuées selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

A défaut de demande de rattachement exprimée par les parents, la prise en charge des frais de santé est assurée au titre du parent qui effectue la première demande de remboursement de soins.

Lorsqu'un des parents cesse de bénéficier de la prise en charge des frais de santé, celle-ci est assurée au titre du parent continuant à relever de l'article L. 160-1

Article R161-8-2

La durée mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 161-8 est fixée à trois mois à compter de la date de la reprise de l'activité.

Sous-section 3 : Assurance invalidité

Article R161-9

Pour l'application de l'article L. 161-16, le taux d'invalidité global doit être d'au moins 60 %. Les assurés en cause doivent être âgés d'au moins cinquante-cinq ans.

Sous-section 4 : Assurance vieillesse

Paragraphe 1 : Information des assurés.

Article R161-10

Les organismes ou services en charge des régimes de retraite dont relèvent ou ont relevé les bénéficiaires du droit à l'information sur leur retraite prévu par l'article L. 161-17 et qui sont autorisés à collecter et conserver le numéro d'inscription des intéressés au répertoire national d'identification des personnes physiques pour la mise en œuvre des droits à l'information sur la retraite prévus à l'article précité sont :

1° Les organismes chargés de la gestion des régimes de retraite de base et de l'assurance volontaire vieillesse du régime général de la sécurité sociale et des salariés agricoles, mentionnés respectivement à l'article L. 222-1 du présent code et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime ;

2° Les institutions de retraite complémentaire adhérentes de l'Association générale des institutions de retraite des cadres et leur fédération, les institutions de retraite complémentaire adhérentes de l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés et leur fédération, mentionnées à l'article L. 921-4 du présent code et la caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile mentionnée à l'article R. 426-1 du code de l'aviation civile ;

3° L'organisme chargé de la gestion du régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses mentionné à l'article L. 382-17 du présent code, les organismes chargés de la gestion des régimes de retraite de base, de l'assurance volontaire vieillesse et des régimes de retraite complémentaire obligatoires des professions non salariées de l'agriculture, de l'artisanat, du commerce et de l'industrie et des professions libérales mentionnés aux articles L. 621-3 et L. 644-1 et à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime, du régime des avocats mentionné à l'article L. 723-1 du présent code et de l'Institution de retraite complémentaire de l'enseignement et de la création mentionnée à l'article 1er du décret n° 62-420 du 11 avril 1962 modifié relatif au régime d'assurance vieillesse complémentaire commun aux artistes graphiques et plastiques et aux professeurs de musique, musiciens, auteurs et compositeurs ;

4° La Caisse des dépôts et consignations au titre de la gestion des retraites des agents relevant ou ayant relevé :

a) De la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;

b) De l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques ;

c) Du régime minier et du régime des personnels de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines ;

d) Du Fonds spécial de pension des ouvriers des établissements industriels de l'Etat ;

e) Du régime public de retraite additionnel obligatoire institué par l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

5° Les autres organismes ou services en charge de la gestion des régimes spéciaux de retraite mentionnés aux articles R. 711-1 et R. 711-24 du présent code ;

6° Le groupement d'intérêt public institué par l'article L. 161-17.

Article R161-11

Sauf accord du bénéficiaire portant sur une ou plusieurs autres catégories de données pertinentes au regard de ses droits à retraite et mentionnées dans cet accord, seules peuvent être échangées pour la mise en œuvre des droits à l'information sur la retraite prévus à l'article L. 161-17 tout ou partie des données suivantes :

1° Le nom de famille, le cas échéant le nom d'usage, le ou les prénoms, la date et le lieu de naissance et l'adresse personnelle du bénéficiaire ;

2° Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ;

3° La qualité de marié, divorcé, veuf ou célibataire ;

4° Le nombre d'enfants, le ou les prénoms, la date de naissance et, le cas échéant, la date d'adoption et le lieu de naissance de chacun des enfants élevés par le bénéficiaire ou la date de prise en charge par le bénéficiaire de chacun des autres enfants ayant une incidence sur ses droits à pension ;

5° Selon les régimes, les dates de début et, s'il y a lieu, de fin d'affiliation ou de services ou les années au titre desquelles des droits ont été constitués ;

6° Le nom ou la raison sociale, l'adresse et le numéro SIRET du ou des employeurs ;

7° Les éléments de rémunération susceptibles d'être pris en compte pour la détermination des droits à pension, pour chaque année où des droits ont été constitués, soit, selon les régimes :

a) Les salaires, primes ou revenus sur lesquels ont été assises les cotisations à la charge du bénéficiaire ou celles qui ont été versées pour son compte par l'employeur ou par un tiers ou sur lesquels ont été calculés les points de retraite ainsi que la valeur du revenu de référence pris en compte pour la détermination de ce nombre de points ;

b) Les grades, classes, échelons et indices pris en compte dans le calcul du montant des pensions ainsi que les suppléments de nouvelle bonification indiciaire et majorations de pension au titre de la carrière ;

8° Pour chaque année pour laquelle les droits ont été constitués, selon les régimes, les durées exprimées en années, trimestres, mois ou jours, les montants de cotisations ou le nombre de points pris en compte ou susceptibles d'être pris en compte pour la détermination des droits à pension, en mentionnant, s'il y a lieu, le fait générateur de cette prise en compte lorsqu'il a une incidence sur l'âge d'ouverture ou le montant de la pension ;

9° Les données mentionnées au 8° du présent article non susceptibles d'être rattachées à une année donnée ;

10° Le résultat de la combinaison des données mentionnées au présent article effectué par l'un des régimes, organismes ou services mentionnés ci-dessus ;

11° La qualité de retraité dans l'un des régimes dont l'intéressé a relevé ;

12° Les dates de réception des demandes de relevé de situation individuelle ;

13° La date à laquelle lui a été communiquée l'information générale mentionnée au premier alinéa de l'article L. 161-17 ;

14° La date à laquelle il a demandé à bénéficier d'un ou plusieurs des entretiens mentionnés à l'article L. 161-17 ainsi que les dates auxquelles il en a bénéficié.

Article R161-12

Chaque organisme ou service mentionné à l'article R. 161-10 est autorisé à conserver pour la mise en œuvre des droits à l'information sur la retraite prévus à l'article L. 161-17 le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques du bénéficiaire du droit à l'information à compter de son affiliation à l'un des régimes dont il a la charge et jusqu'à son décès.

L'organisme ou le service mentionné à l'article R. 161-10 assurant la mise en œuvre des droits à l'information sur la retraite prévus à l'article L. 161-17 est autorisé à collecter et à conserver les données nécessaires à leur établissement figurant parmi celles qui sont mentionnées à l'article R. 161-11, pendant les délais fixés par l'arrêté prévu à l'article R. 161-13.

Article R161-13

Les données nominatives mentionnées à l'article R. 161-11 sont échangées entre les organismes ou services membres du groupement d'intérêt public institué par l'article L. 161-17, s'il y a lieu par son intermédiaire. Elles sont conservées pendant un délai maximum de dix-huit mois et échangées selon les modalités techniques fixées par décision du groupement approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Les décisions modificatives sont approuvées selon les mêmes modalités que les décisions qu'elles ont pour objet de modifier.

Article R161-14

L'organisme ou le service assurant la mise en œuvre des droits à l'information sur la retraite prévus à l'article L. 161-17 assure l'information du bénéficiaire prévue à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Article R161-15

Les personnes bénéficiaires du droit à l'information exercent leurs droits d'accès et de rectification des données les concernant, prévus par les articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, auprès de l'organisme ou du service en charge de la gestion du régime faisant l'objet de la demande d'accès ou de rectification.

La demande d'accès ou de rectification peut toutefois être adressée à l'organisme ou au service ayant envoyé ou remis l'information générale, les simulations, le relevé ou l'estimation ou ayant réalisé l'entretien, en indiquant le ou les régimes qu'elle vise. Celui-ci transmet la demande à chaque organisme ou service ayant en charge la gestion du ou des régimes visés et informe le demandeur de cette transmission.

En cas de rectification par un organisme ou un service en charge de la gestion d'un régime visé par la demande des données afférentes à la carrière du bénéficiaire, cet organisme ou ce service informe le bénéficiaire de la rectification ainsi que, s'il y a lieu, l'organisme ou le service ayant envoyé ou remis

l'information générale, les simulations, le relevé ou l'estimation ou ayant réalisé l'entretien. Ce dernier organisme ou service adresse au bénéficiaire les documents rectifiés, au plus tard à la date d'envoi du relevé ou de l'estimation prévus au septième ou au huitième alinéa de l'article L. 161-17 de l'année suivant celle au cours de laquelle il a été informé de la rectification.

Paragraphe 2 : Ouverture du droit et liquidation.

Article R161-16

Pour l'ouverture du droit et le calcul de la pension de vieillesse, les périodes de perception de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) modifiée sont assimilées à des périodes d'assurance. Il est décompté autant de trimestres qu'au cours de l'année civile correspond de fois 90 jours de perception de ladite allocation.

Article R161-16-1

Les périodes d'affiliation mentionnées par l'article L. 161-19-1 à un régime obligatoire de pension d'une institution européenne ou d'une organisation internationale à laquelle la France est partie sont prises en compte pour autant que l'assuré n'ait pas été simultanément affilié à un autre régime légalement obligatoire de retraite, français ou étranger, ou à l'assurance volontaire prévue par le titre IV du livre VII, dans des conditions emportant validation de périodes d'assurance.

Les périodes ainsi retenues sont décomptées, de date à date, pour autant de trimestres qu'elles comportent de fois 90 jours.

La totalisation de ces périodes avec les périodes d'assurance validées auprès de l'un des régimes mentionnés au premier alinéa ne peut avoir pour effet de porter à plus de quatre le nombre de trimestres susceptibles d'être validés par année civile.

Article R161-17

Pour l'application de l'article L. 122-15 du code du service national, il est décompté, de date à date, autant de trimestres que les périodes de volontariat civil comportent de fois quatre-vingt-dix jours.

Paragraphe 3 : Service des pensions de vieillesse.

Article R161-18

L'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 161-22 est fixé à cinquante-cinq ans.

Article R161-19

Pour l'application du 7° de l'article L. 161-22 :

1° La limite annuelle de la durée d'activité correspond, selon les modalités d'appréciation de la durée de travail applicables à l'intéressé, soit à 910 heures, soit à 260 demi-journées ;

2° Le plafond annuel des revenus perçus au titre des activités en cause est égal au plafond annuel prévu à l'article L. 241-3. Les revenus à prendre en considération sont ceux retenus pour le calcul de la contribution sociale généralisée visée à l'article L. 136-1.

Article R161-19-1

Pour l'application de l'article L. 161-22-2, l'assuré doit justifier d'un nombre de trimestres inférieur ou égal à huit.

Section 2 : Dispositions diverses

Article R161-20

Lorsque le bénéfice de prestations d'invalidité, de vieillesse ou de veuvage est subordonné soit à une condition de ressources, soit à une condition de limitation ou d'interdiction de cumul avec d'autres prestations ou d'autres ressources, les prestations et les ressources d'origine étrangère ou versées par une organisation internationale sont prises en compte pour l'appréciation de ces conditions.

Cette disposition s'applique à l'ensemble des régimes relevant du présent livre.

Article R161-21

Le coefficient mentionné à l'article L. 161-25 est arrondi à la troisième décimale la plus proche.

Section 4 : Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé

Sous-section 1 : Du codage des actes effectués, des prestations servies et des pathologies diagnostiquées

Article R161-29

Le codage des actes et prestations dispensés aux assurés sociaux ou à leurs ayants droit et des pathologies diagnostiquées a pour finalité :

1° En tant qu'il concerne les actes et prestations, le remboursement de ceux-ci ;

2° L'application et le suivi des conventions conclues entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie ;

3° L'amélioration des conditions d'exercice du contrôle, notamment médical, des actes et des prestations ;

4° Le développement des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires mises en oeuvre en application des articles L. 262-1 et du 3° du premier alinéa de l'article L. 611-4 ;

5° La réalisation d'études épidémiologiques, dans le respect des dispositions des articles 40-1 à 40-10 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 et l'évaluation du système de santé.

Article R161-30

Pour les actes effectués et les prestations servies, les informations transmises sont celles qui sont définies à l'article R. 161-42. Il en est de même pour les actes, prestations et produits délivrés en établissement de santé qui donnent lieu à une facturation unitaire.

En ce qui concerne les prestations délivrées en hospitalisation avec ou sans hébergement et qui ne donnent pas lieu à facturation unitaire des actes ou des produits, les informations que doivent transmettre les établissements de santé mentionnés au titre Ier du livre VII du code de la santé publique pour répondre aux obligations définies à l'article L. 161-29 sont celles prévues par l'article L. 710-5 du code de la santé publique et les textes pris pour son application.

Le numéro de code des pathologies diagnostiquées est transmis aux organismes d'assurance maladie sur un support autre que la feuille de soins mentionnée à l'article R. 161-41, et par des moyens permettant aux professionnels de santé de respecter les règles déontologiques.

Article R161-31

Lorsque le traitement automatisé mentionné à l'article L. 161-29 sera mis en oeuvre, les assurés sociaux, d'une part, et les professionnels, organismes ou établissements, d'autre part, seront informés par les organismes d'assurance maladie que :

1° Le remboursement des prestations par l'assurance maladie exige le recueil et la conservation des données codées concernant les assurés sociaux ou leurs ayants droit relatives aux actes effectués et aux prestations servies ;

2° Des dispositions légales et réglementaires autorisent ou imposent un traitement automatisé des données relatives aux actes effectués, aux prestations servies et aux pathologies diagnostiquées, ainsi que la transmission aux praticiens-conseils et aux personnels des organismes d'assurance maladie de celles de ces données qu'ils sont, respectivement, habilités à connaître dans des conditions et limites définies par l'article L. 161-29 ;

3° Les assurés sociaux exercent leur droit d'accès aux informations les concernant, dans les conditions prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, auprès de l'organisme d'assurance maladie auquel ils sont affiliés ;

4° Chaque professionnel de santé exerce ce droit d'accès pour les informations relatives aux soins qu'il a dispensés et est destinataire des résultats des traitements de données concernant son activité dans les conditions définies par la ou les conventions nationales qui lui sont applicables.

Article R161-32

Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie sont tenus de prendre toutes les dispositions nécessaires aux fins de préserver, notamment dans le cadre du traitement mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 161-29, la confidentialité des données transmises et traitées aux termes de cet article, et en particulier pour limiter aux seuls personnels habilités l'accès direct aux données médicales relatives aux assurés ou à leurs ayants droit.

A cette fin, les directeurs des organismes mentionnés à l'alinéa précédent veillent au respect des dispositions de l'acte autorisant le traitement automatisé, ainsi que des règles limitant l'accès direct aux données médicales des personnels placés sous leur autorité. Les praticiens-conseils veillent au respect des mêmes règles par les personnels placés sous leur autorité.

Article R161-33

Dans l'intérêt de la santé publique et en vue d'assurer la maîtrise des dépenses de santé, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie transmettent aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans les formes et conditions fixées par ceux-ci, celles des données issues du traitement automatisé mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 161-29 qui ne permettent pas l'identification des assurés sociaux ou des professionnels.

Sous-section 2 : Carte d'assurance maladie

Article R161-33-1

La carte électronique individuelle interrégimes mentionnée à l'article L. 161-31 est appelée carte d'assurance maladie.

Elle contient les informations suivantes :

1° Des données visibles comportant un numéro d'émetteur, un numéro propre à la carte, la date d'émission de cette dernière et des données d'identification du titulaire, à savoir son numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, son nom de famille ou, si l'intéressé le demande, le nom d'usage, son prénom usuel, une photographie en couleur, de face, tête nue, récente et parfaitement ressemblante, et un signe d'identification de la carte en relief ;

2° Des données inscrites dans le composant électronique de la carte :

a) Les données visibles mentionnées ci-dessus ainsi que la période de validité de la carte, le nom de famille du titulaire s'il diffère du nom d'usage, ses autres prénoms le cas échéant, sa date de naissance, son adresse et la photographie numérisée identique à celle figurant sur la carte ;

b) Les données relatives aux droits aux prestations en nature au regard d'un régime de base d'assurance maladie ;

c) Les données relatives au choix du médecin traitant du titulaire de la carte ;

d) Les données relatives, le cas échéant et sous réserve de son consentement, à la situation du titulaire au regard de la protection complémentaire d'assurance maladie ;

e) Les données relatives à la situation du titulaire en matière d'accident du travail ou de maladies professionnelles et aux derniers accidents ou maladies professionnelles reconnus ;

f) Les données relatives à l'accès aux soins en cas de séjour ou résidence dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen ;

g) Les données personnelles concernant les coordonnées d'une personne à prévenir en cas de nécessité si le titulaire de la carte y a consenti ;

h) La mention indiquant que son titulaire a eu connaissance des dispositions de la réglementation sur le don d'organe ;

i) Des données permettant :

- d'assurer la mise en oeuvre des fonctions de signature électronique ;

- de protéger l'accès aux informations de la carte ;

- d'authentifier la carte en tant que carte d'assurance maladie et d'identifier son titulaire.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les spécifications physiques et logiques et les données qu'elle contient.

Article R161-33-2

Les informations relatives à la suppression ou la limitation de la participation de l'assuré mentionnées au premier alinéa de l'article L. 160-13 et figurant dans la carte ne sont accessibles que :

1° Au titulaire de celle-ci ;

2° Aux personnes facturant ou permettant la prise en charge des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie. Cet accès nécessite l'emploi de la carte de professionnel de santé mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 161-33 ou d'un dispositif d'authentification individuel offrant des garanties similaires de fonctionnalités et de sécurité et agréé par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article R. 161-54 ;

3° Aux agents des organismes gérant un régime d'assurance maladie.

Article R161-33-3

Chaque organisme servant les prestations d'un régime d'assurance maladie délivre une carte d'assurance maladie aux personnes qui lui sont rattachées, en s'assurant de l'identité du titulaire de la carte. Lorsque la procédure de délivrance de la carte conduit à fournir une photocopie d'une pièce d'identité comportant une photographie, les documents transmis sont conservés pendant une durée maximale fixée par arrêté, à compter de la date de délivrance de la carte, aux fins d'éventuelles réclamations. La photographie est conservée selon les mêmes conditions.

La carte d'assurance maladie est la propriété de l'organisme servant les prestations d'un régime d'assurance maladie. Lors de la mise à disposition d'une carte d'assurance maladie, l'organisme d'affiliation vérifie que le titulaire de la carte n'est possesseur d'aucune autre carte valide.

Article R161-33-4

I. - Lors de la délivrance à son bénéficiaire d'une carte d'assurance maladie, l'organisme émetteur joint une copie sur papier des informations enregistrées dans la carte et mentionnées aux a, b et le cas échéant aux c, d, e et f du 2° de l'article R. 161-33-1.

Une copie sur papier peut également être demandée par le titulaire de la carte à l'organisme lui servant les prestations d'un régime d'assurance maladie ou, sur présentation de sa carte d'assurance maladie, à n'importe quel organisme servant de telles prestations.

Le cas échéant et sur demande du titulaire, la copie ainsi délivrée peut ne pas mentionner l'existence d'une exonération de ticket modérateur.

Une copie sur papier des informations mentionnées le cas échéant au d ou e du 2° de l'article R. 161-33-1 est fournie par l'organisme figurant sur la carte qui sert au titulaire des prestations complémentaires ou des prestations servies en application de la législation relative aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles.

II. - Le titulaire de la carte exerce son droit de rectification des informations inscrites dans la carte et mentionnées au 1° et aux a, b, c, d, e, f du 2° de l'article R. 161-33-1 auprès du ou des organismes gérant les informations le concernant.

III. - Le titulaire de la carte ou, à sa demande, un médecin peut inscrire, modifier ou supprimer les informations figurant aux g et h du 2° de l'article R. 161-33-1. L'inscription, la dernière modification ou la suppression d'une information comporte l'identification du titulaire ou du médecin ainsi que la date correspondante.

Article R161-33-5

Les organismes servant les prestations d'un régime d'assurance maladie mettent en oeuvre des dispositifs permettant, d'une part, la consultation des informations contenues dans la carte d'assurance maladie, d'autre part, sur la base des informations contenues dans leurs fichiers, la mise à jour des informations autres que celles mentionnées aux g et h du 2° de l'article R. 161-33-1.

Article R161-33-6

Le titulaire de la carte d'assurance maladie est tenu d'effectuer la mise à jour de sa carte en cas de changement des données mentionnées à l'article R. 161-33-1 ou selon une fréquence annuelle à compter de la date d'émission de celle-ci. A cette fin, il utilise les dispositifs techniques mis à sa disposition.

En cas de changement de rattachement à un régime d'assurance maladie, le nouvel organisme d'affiliation informe le titulaire de son obligation de mettre à jour la carte d'assurance maladie délivrée par le précédent organisme et des conditions dans lesquelles il doit l'effectuer.

A défaut de mise à jour, la carte ne peut plus être, temporairement, utilisée.

Article R161-33-7

Le titulaire de la carte d'assurance maladie signale tout dysfonctionnement, perte ou vol de sa carte, selon la procédure indiquée par l'organisme lui servant les prestations d'un régime d'assurance maladie. Des frais peuvent être facturés en cas de demandes de remplacement abusives.

Les organismes servant les prestations d'un régime d'assurance maladie inscrivent dans la liste d'opposition les numéros des cartes en circulation et en cours de validité en cas de vol, perte ou dénonciation, conformément au I bis de l'article L. 161-31. Ils mettent cette liste, aux fins de consultation, à la disposition des personnes procédant à la facturation ou à la prise en charge d'actes ou de prestations remboursables par l'assurance maladie.

Article R161-33-8

En cas de dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré, selon des modalités déterminées par les conventions nationales, contrats nationaux ou autres dispositions applicables mentionnés à l'article L. 161-34, les organismes servant les prestations d'un régime d'assurance maladie peuvent garantir aux professionnels ou établissements ayant fait l'avance de frais le paiement des actes et prestations remboursables par eux sur la base des informations contenues dans la carte valide lors de la facturation ou de la prise en charge, et sous réserve de la bonne application des dispositions particulières concernant la vérification de certaines informations.

Article R161-33-9

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut conjointement, avec au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ou l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, conclure un accord avec une ou plusieurs fédérations ou organisations professionnelles regroupant des organismes d'assurance maladie complémentaire ou avec l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie. Cet accord fixe les conditions dans lesquelles les organismes concernés conçoivent et gèrent, chacun pour ce qui le concerne, les éléments du système d'information permettant l'emploi de la carte d'assurance maladie.

Article R161-33-10

Le ministre chargé de la sécurité sociale arrête, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés :

1° Les modalités d'émission, de distribution et de mise à jour des cartes d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale par les organismes servant les prestations d'un régime de base d'assurance maladie ;

2° Les modalités selon lesquelles le titulaire de la carte peut exercer son droit d'accès et de rectification pour les données contenues dans sa carte d'assurance maladie.

Sous-section 3 : Du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Article R161-34

Le Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie institué à l'article L. 161-32 a pour finalités :

1° De certifier les identifiants des bénéficiaires figurant dans les fichiers des organismes gérant les régimes de base ou complémentaires d'assurance maladie ;

2° De certifier le rattachement de chaque bénéficiaire à l'organisme qui lui sert les prestations de base d'assurance maladie ;

3° De contribuer aux procédures de délivrance et de mise à jour des cartes électroniques individuelles mentionnées à l'article L. 161-31 ;

4° Le cas échéant, de certifier le rattachement du bénéficiaire à un des organismes mentionnés au 3° de l'article R. 115-1 qui lui sert des prestations complémentaires d'assurance maladie et dont le bénéficiaire ou son représentant légal désire que l'identifiant figure sur sa carte électronique individuelle ;

5° De permettre des études statistiques dans les domaines sanitaire, social et démographique.

Article R161-35

Le Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie comporte, pour chaque bénéficiaire ou ancien bénéficiaire, tout ou partie des informations suivantes, à l'exclusion de toute autre :

1° Son numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques et celui ou ceux qui lui auraient été précédemment attribués ;

2° Son nom de famille, son nom d'usage, le cas échéant, et ses prénoms ;

3° Ses date et lieu de naissance ;

4° Le cas échéant, la mention du décès ou l'indication que la personne n'est plus bénéficiaire de l'assurance maladie ;

5° L'identifiant de l'organisme d'assurance maladie qui lui sert ses prestations de base d'assurance maladie et la date de son rattachement, ainsi que, le cas échéant, l'identifiant de l'organisme d'assurance maladie lui servant précédemment les prestations de base d'assurance maladie et la date de rattachement ;

6° Eventuellement, l'identifiant d'un des organismes mentionnés au 3° de l'article R. 115-1 de son choix qui lui sert des prestations complémentaires d'assurance maladie et qu'il désire voir figurer sur sa carte électronique individuelle, et la date de son rattachement audit organisme ;

7° Le numéro de la dernière carte émise et sa date d'émission.

Article R161-36

L'organisme gestionnaire du Répertoire national d'identification des personnes physiques transmet immédiatement, chaque jour ouvré, les mises à jour des informations mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article R. 161-35 à l'organisme responsable de la gestion technique du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Article R161-37

I. - Les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture arrêtent, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés :

1° Les conditions dans lesquelles sont échangées, entre le Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie et les organismes chargés de la gestion des régimes d'assurance maladie de base ou complémentaires, les informations relatives à la certification des identifiants et à la connaissance du rattachement auxdits organismes ainsi qu'avec le groupement mentionné à l'article L. 115-5 aux fins du contrôle de la délivrance d'une carte par titulaire ;

2° Les modalités de réalisation des traitements effectués par le répertoire national précité ;

3° La durée de conservation des données pour les personnes décédées ou ayant cessé d'être bénéficiaires de l'assurance maladie.

Si l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés est défavorable, il ne peut être passé outre que par un décret pris sur avis conforme du Conseil d'Etat.

Le directeur de chaque organisme concerné est le responsable des traitements ainsi définis.

II. - Lorsque les dispositions prévues au I ci-dessus ont été prises, les organismes qui entrent dans leur champ d'application sont dispensés, par dérogation à l'article 12 du décret n° 78-774 du 17 juillet 1978 pris pour l'application des chapitres Ier à IV et VII de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés de présenter à la Commission nationale de l'informatique et des libertés les actes réglementaires prévus par l'article 15 de ladite loi et devant avoir le même objet que lesdites dispositions.

III. - Les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent exercer leur droit de rectification des données les concernant contenues dans le Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie auprès de :

1° L'Institut national de la statistique et des études économiques, chargé de la gestion du Répertoire national d'identification des personnes physiques, pour les données d'identification des personnes ;

2° L'organisme leur servant les prestations de base d'assurance maladie, pour les données relatives au rattachement à un organisme servant de telles prestations ;

3° L'organisme d'assurance maladie complémentaire qu'ils désirent voir figurer sur leur carte électronique individuelle, pour les données relatives au rattachement à cet organisme.

IV. - Pour les traitements ayant une finalité statistique, les modalités d'accès et d'utilisation du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie sont arrêtées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et de l'économie, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Toutefois, l'organisme chargé de la gestion du répertoire peut effectuer des traitements statistiques non nominatifs visant à évaluer la qualité des informations qui lui parviennent et des traitements qu'il effectue, en vue de l'amélioration de ces derniers.

V. - L'utilisation du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie à des fins de recherche des personnes est interdite en dehors des cas expressément prévus par la loi. Toutefois, une telle utilisation peut être autorisée, dans l'intérêt de la santé des personnes concernées ou en raison du risque de maladie transmissible, par un arrêté du ministre chargé de la santé, pris sur avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article R161-38

La gestion technique du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie, pour le compte et sous le contrôle des organismes gérant un régime d'assurance maladie de base ou complémentaire, est confiée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

A cette fin, des conventions fixant les conditions techniques et financières d'alimentation et d'utilisation dudit répertoire, ainsi que ses modalités de gestion, sont passées entre :

1° La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et l'Institut national de la statistique et des études économiques ;

2° La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie ; cette convention est applicable à l'ensemble des organismes gérant un régime de base d'assurance maladie lorsque au moins deux des caisses nationales d'assurance maladie visées à l'article L. 162-7, dont la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en sont signataires ; l'adhésion à la convention de l'organisme chargé de la gestion du régime d'assurance maladie applicable aux travailleurs expatriés visé à l'article R. 762-1 donne lieu à un avenant approprié ;

3° La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et une ou plusieurs organisations nationales regroupant des organismes mentionnés au 3° de l'article R. 115-1.

Les conventions visées aux 2° et 3° deviennent exécutoires après leur approbation par les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et, pour ce qui concerne la convention visée au 3°, de l'économie.

A défaut de signature ou de renouvellement à leur échéance des conventions mentionnées au 2° et au 3°, les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture et, le cas échéant, de l'économie, peuvent en arrêter les dispositions.

Sous-section 4 : Des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie

Article R161-39

Les dispositions de la présente sous-section sont applicables que l'avance des frais soit à la charge de l'assuré ou qu'il bénéficie d'une dispense d'avance de frais totale ou partielle.

Dans les deux cas, les mêmes documents sont exigés pour le remboursement à l'assuré et le paiement des actes ou prestations au professionnel, à l'organisme ou à l'établissement responsable de leur délivrance.

Article R161-40

La constatation des soins et l'ouverture du droit au remboursement par les organismes servant les prestations de l'assurance maladie sont subordonnées à la production d'une part de documents électroniques ou sur support papier, appelés feuilles de soins, constatant les actes effectués et les prestations servies, d'autre part de l'ordonnance du prescripteur, s'il y a lieu.

Les feuilles de soins nécessaires aux actes effectués et aux prestations servies, directement liés à une hospitalisation dans un établissement de santé mentionné au d de l'article L. 162-22-6, sont appelées bordereaux de facturation.

Article R161-41

Les feuilles de soins comportent, d'une part, des rubriques de renseignements dont l'indication conditionne l'ouverture du droit à remboursement de l'assuré, d'autre part, des informations supplémentaires dont l'indication, sans conditionner l'ouverture du droit à remboursement, contribue à la maîtrise des dépenses de santé.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les modèles et les spécifications techniques des feuilles de soins.

Article R161-42

Les rubriques de renseignements des feuilles de soins dont l'indication conditionne la constatation des soins et le droit à remboursement de l'assuré font apparaître :

1° Selon que la feuille de soins est électronique ou utilise un support papier :

a) Lorsqu'elle est électronique, l'identifiant de l'assuré et, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, de son ayant droit ;

b) Lorsqu'elle utilise un support papier, les noms, prénoms, portés par le professionnel, l'organisme ou l'établissement et le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, lorsque ce dernier n'est pas le bénéficiaire des actes ou prestations, les noms, prénoms, portés de manière identique, et le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de son ayant droit ou, à défaut de la connaissance de son numéro d'immatriculation, sa date de naissance et son rang dans le cas de dates de naissance identiques entre plusieurs ayants droit de l'assuré ;

2° Selon que la feuille de soins est électronique ou utilise un support papier :

a) Lorsqu'elle est électronique :

-l'identifiant personnel du professionnel ayant effectué les actes, prescrit ou servi les prestations, sa situation d'exercice ainsi que l'identifiant de la structure d'activité correspondante ;

-le cas échéant, lorsqu'il est différent de ceux mentionnés à l'alinéa précédent, l'identifiant de l'organisme ou de l'établissement ayant servi les prestations ;

b) Lorsqu'elle utilise un support papier :

-les noms, prénoms, identifiant personnel et situation d'exercice du professionnel ayant effectué les actes, prescrit ou servi les prestations ainsi que la raison sociale, l'adresse et l'identifiant de la structure d'activité correspondante ;

-le cas échéant, lorsqu'ils sont différents de ceux mentionnés à l'alinéa précédent, la raison sociale, l'adresse et l'identifiant de l'organisme ou de l'établissement ayant servi les prestations ;

3° La date à laquelle chaque acte ou prestation est effectué ou servi ;

4° La mention, s'il y a lieu, du fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident, et des éléments permettant d'identifier cet accident ; ces renseignements sont recueillis auprès du bénéficiaire des actes ou prestations ; l'assuré est responsable de leur véracité ;

5° Pour chacun des actes ou prestations et, selon le cas, le numéro de code :

a) De l'acte figurant dans la nomenclature mentionnée à l'article R. 162-52 et sa cotation ;

b) De l'acte figurant dans la nomenclature mentionnée à l'article R. 162-18 et sa cotation ;

c) Des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

d) Des médicaments spécialisés, préparations magistrales ou fournitures pharmaceutiques mentionnés sur les listes de l'article L. 162-17 et, le cas échéant, du médicament prescrit auquel le pharmacien en a substitué un autre, conformément à la réglementation en vigueur lorsque la prescription est libellée en dénomination commune, au sens de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, le numéro de code du médicament délivré par le pharmacien est complété par la mention correspondante ;

e) Des produits sanguins labiles mentionnés à l'article L. 666-9 du code de la santé publique ;

f) Des médicaments inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 618 du code de la santé publique et facturés à l'unité, par dérogation au forfait pharmaceutique journalier défini au 3° de l'article 10 du décret n° 92-1257 du 3 décembre 1992 relatif aux établissements de soins privés ;

6° Le cas échéant, la référence de l'accord préalable ;

7° Le numéro d'ordre de l'acte ou de la prestation lorsque sa prise en charge unitaire varie en vertu de conventions ou de dispositions réglementaires relatives à l'image d'un appareil et l'identification de ce dernier ;

8° Le montant des honoraires ou de la facture du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement ayant effectué l'acte ou servi la prestation ainsi que, le cas échéant, le montant de la dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie au bénéficiaire ;

9° S'il y a lieu, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée ;

10° La date à laquelle les rubriques de la feuille de soins sont complétées, qui détermine le point de départ du délai mentionné à l'article L. 161-33 ; elle correspond, selon le choix du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement, ou bien à la date du paiement par l'assuré des actes effectués ou des prestations servies et présentés au remboursement ou bien, lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochés ou relevant d'un même traitement, à la date de réalisation ou de délivrance du dernier acte ou de la dernière prestation présenté à remboursement ;

11° Pour les bordereaux de facturation, tels que définis au deuxième alinéa de l'article R. 161-40 :

a) Les frais afférents aux articles R. 162-31, R. 162-31-1 et R. 162-32, y compris le cas échéant aux prestations servies par un autre établissement de santé au cours du séjour du patient, ainsi qu'à la fourniture des produits ou médicaments mentionnés au 2° de l'article R. 162-31-2 et au 1° du R. 162-32-1 ;

b) mentionnés au 1° de l'article R. 162-31-2 et au 2° de l'article R. 162-32-1, correspondant aux actes effectués au cours du séjour du patient, quelle que soit la nature du lien existant entre le professionnel et l'établissement.

Par dérogation au 10° du présent article, le point de départ du délai mentionné au I de l'article R. 161-47 est la date de fin d'hospitalisation du patient.

Les compléments de facturation correspondant aux prestations servies ou aux actes effectués par des tiers, hors de l'établissement, durant le séjour et pour le compte du patient, peuvent être disjoints du bordereau. Dans cette hypothèse, le délai mentionné au I de l'article R. 161-47 court à compter de la date de réception par l'établissement des derniers éléments de facturation présentés au remboursement.

Article R161-43

Sous réserve des dispositions de l'article R. 161-43-1 :

1° Les feuilles de soins sont signées de l'assuré et du ou des professionnels ayant effectué les actes ou servi les prestations présentés au remboursement ;

2° Lorsque sont utilisées des feuilles de soins électroniques, les signatures sont données par la lecture de la carte électronique individuelle mentionnée à l'article L. 161-31 et de la carte de professionnel de santé définie à l'article L. 161-33. Le procédé technique mis en oeuvre doit garantir le maintien, dès l'obtention de la signature du bénéficiaire, de l'intégrité des données constitutives de la feuille de soins jusqu'à transmission de celle-ci aux fins de remboursement ;

3° Pour les prestations dispensées par les organismes ou établissements, autres que celles mentionnées au b du 11° de l'article R. 161-42, les feuilles de soins ou bordereaux établis pour la facturation des frais

correspondants, quels qu'en soient le support et le mode de transmission, sont signés de l'assuré ou du bénéficiaire des soins et du directeur de l'établissement ou de son représentant.

Dans ce cas, et par dérogation aux dispositions qui précèdent, la signature de l'assuré ou du bénéficiaire ne vaut attestation que des seuls éléments relatifs à son identité, au lieu et à la durée de son séjour et aux conditions de prise en charge dont il bénéficie.

Article R161-43-1

Il peut être dérogé aux dispositions de l'article R. 161-43 dans les cas suivants :

1° La signature de la feuille de soins par l'assuré ou le bénéficiaire n'est pas exigée :

-lorsque le bénéficiaire des soins n'est pas en état d'exprimer sa volonté ou lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire des dispositions de l'article L. 160-14 (6°), hébergé à ce titre dans un établissement éloigné du domicile de ses parents ou de la personne exerçant le droit de tutelle, pour les frais correspondants, y compris pour les frais de soins dispensés à la demande dudit établissement ;

-pour les feuilles de soins relatives à la facturation de certains produits ou prestations visés à l'article L. 165-1 et dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie ;

-pour les feuilles de soins électroniques ou les feuilles de soins sur support papier, lorsqu'elles sont envoyées directement à l'organisme d'assurance maladie, relatives à la facturation des actes effectués ou des prestations servies par les laboratoires de biologie médicale et les anatomo-cyto-pathologistes, dans les conditions prévues à l'article R. 161-46 ;

-pour les éléments de facturation mentionnés au b du 11° de l'article R. 161-42, quels que soient le support et le mode de transmission du bordereau.

2° Pour les éléments de facturation correspondant aux actes mentionnés au b du 11° de l'article R. 161-42, le bordereau de facturation, qu'il soit électronique ou établi sur support papier, est signé par le professionnel ayant lui-même réalisé l'acte présenté au remboursement ou, à défaut :

-soit par un confrère ayant une qualification équivalente et exerçant son activité au sein du même établissement, sous réserve que celui-ci soit mandaté à cette fin par le professionnel auteur de l'acte présenté au remboursement et que le mandat résulte d'un acte exprès faisant apparaître l'identité et la qualité du mandataire ;

-soit, sous la même réserve, par le directeur de l'établissement ou la ou les personnes qu'il désigne à cet effet.

Quel que soit le signataire du bordereau, la facturation des frais présentés au remboursement est établie, sous la responsabilité, déterminée dans les conditions prévues par le code civil, du professionnel auteur de l'acte, chacun en ce qui le concerne, tant en ce qui concerne l'attestation de la réalisation que la cotation de l'acte, à partir des éléments communiqués et certifiés par lui en vue de compléter le bordereau de facturation.

Un arrêté du ministre chargé de l'assurance maladie détermine les modalités d'établissement du mandat.

Article R161-44

Les informations supplémentaires dont l'indication contribue à la maîtrise des dépenses de santé sont :

1° Le numéro d'ordre du bordereau de facturation, et, en cas de transmission électronique, de la feuille de soins ;

2° S'il y a lieu, la mention, par le professionnel de santé qui exécute la prescription, de la date à laquelle les actes ou prestations ont été prescrits ; l'identifiant personnel du prescripteur et, le cas échéant, l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle les actes ou prestations ont été prescrits ; la référence permettant le rapprochement de la prescription et de la feuille de soins du professionnel exécutant.

Article R161-45

I.-L'ordonnance, lorsqu'elle existe, doit comporter les éléments suivants.

Le prescripteur y fait mention, quel que soit le support :

1° Des nom et prénoms du bénéficiaire des actes ou prestations ;

2° De son propre identifiant et, le cas échéant, de l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance ;

3° De la date à laquelle elle est faite et de la référence permettant son rapprochement avec la feuille de soins ;

4° Le cas échéant, de l'indication prévue à l'article L. 162-4 ;

5° Le cas échéant, la mention de la disposition législative en vertu de laquelle la participation financière de l'assuré est limitée ou supprimée.

L'ordonnance est signée du prescripteur. Ce dernier indique en outre, s'il y a lieu, sur l'ordonnance écrite remise au bénéficiaire des soins, que la prescription est transmise électroniquement à l'organisme d'assurance maladie, conformément aux dispositions du 1° du I de l'article R. 161-48.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie et de l'agriculture, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les spécifications techniques de l'ordonnance électronique et, pour l'ordonnance sur support papier, les caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur qu'elle comporte ainsi que le rapprochement de l'ordonnance avec la feuille de soins correspondante lorsque cette dernière est transmise par voie électronique. Cet arrêté fixe en outre les modèles et les spécifications particulières des ordonnances, électroniques ou sur support papier, relatives aux actes ou prestations destinés à des assurés dont la loi a limité ou supprimé la participation financière.

II.-Sans préjudice des règles déontologiques qui s'appliquent aux professionnels de santé et des dispositions de l'article L. 162-36 du présent code, le professionnel qui exécute la prescription porte sur l'ordonnance

écrite son identifiant et les références permettant de rapprocher cette ordonnance de la feuille de soins correspondant aux actes ou prestations qu'il a effectués ou servis.

Ces références sont :

-la date des prestations qu'il sert ;

-les nom et prénoms du bénéficiaire des soins ;

-l'identification de la caisse de l'assuré ;

-le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'assuré ou, si celui-ci n'est pas le bénéficiaire des soins, le numéro d'immatriculation au répertoire national d'identification des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance de ce dernier.

Le professionnel ne porte pas ces références sur l'ordonnance dans le cas prévu au 1° du I de l'article R. 161-48.

Il appose, en outre, sa signature sur l'ordonnance.

Article R161-46

Les échantillons biologiques adressés aux laboratoires de biologie médicale dans les conditions mentionnées aux articles L. 6211-13 à L. 6211-15 et L. 6211-17 du code de la santé publique et aux anatomo-cytopathologistes sont accompagnés d'un bon d'examen qui comporte les informations, non mentionnées sur l'ordonnance, nécessaires pour compléter les rubriques d'une feuille de soins, envoyée à l'assuré ou à l'organisme d'assurance maladie. Ces informations sont celles définies aux 1°, 4° et 9° de l'article R. 161-42 et l'identifiant de l'organisme d'assurance maladie.

Article R161-47

I. - La transmission aux organismes servant les prestations de base de l'assurance maladie des feuilles de soins est assurée dans les conditions ci-après définies.

Les feuilles de soins sont transmises par voie électronique ou par envoi d'un document sur support papier.

1° En cas de transmission par voie électronique, le professionnel, l'organisme ou l'établissement ayant effectué des actes ou servi des prestations remboursables par l'assurance maladie transmet les feuilles de soins électroniques dans un délai dont le point de départ est la date fixée au 10° et au 11° de l'article R. 161-42 et qui est fixé à :

a) Trois jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ;

b) Huit jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

En cas d'échec de la réémission d'une feuille de soins électronique, ou si le professionnel, l'organisme ou l'établissement n'est pas en mesure, pour une raison indépendante de sa volonté, de transmettre la feuille de soins électronique, il remet un duplicata sur support papier à l'assuré ou à l'organisme servant à ce dernier les prestations de base de l'assurance maladie selon des modalités fixées par les conventions mentionnées à l'article L. 161-34.

Le professionnel, l'organisme ou l'établissement conserve le double électronique des feuilles de soins transmises, ainsi que leurs accusés de réception pendant quatre-vingt-dix jours au moins. Il remet à l'assuré, sur demande de ce dernier, copie de la feuille de soins transmise, sauf modalités contraires prévues par les conventions mentionnées à l'article L. 161-34.

2° En cas d'envoi sous forme de document sur support papier, la transmission par courrier à l'organisme servant à l'assuré les prestations de base de l'assurance maladie est assurée :

a) Sous la responsabilité de l'assuré lorsque ce dernier acquitte directement le prix de l'acte ou de la prestation ;

b) Sous la responsabilité du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement, dans un délai de huit jours suivant la même date, lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

II. - Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine :

1° Les conditions de réception et de conservation par les organismes d'assurance maladie des feuilles de soins transmises par la voie électronique ;

2° Les modalités d'envoi des messages que ces organismes émettent en application des dispositions du deuxième alinéa du 1° du I ;

3° Les conditions d'exercice par le malade, l'assuré et le professionnel, personne physique, du droit d'accès et de rectification aux données les concernant.

Le directeur de chaque organisme d'assurance maladie est le responsable des traitements ainsi définis.

III. - En cas d'échec de la réémission d'une feuille de soins électronique prévue par la procédure mentionnée au deuxième alinéa du 1° du I du présent article, ou si le professionnel, l'organisme ou l'établissement qui l'a établie n'est pas en mesure, pour une raison indépendante de sa volonté, de transmettre la feuille de soins électronique, l'assuré peut obtenir le remboursement des sommes dues en produisant un duplicata clairement signalé comme tel et conforme au modèle mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 161-41 signé du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement concerné. Ce duplicata peut aussi être remis directement par le professionnel, l'organisme ou l'établissement à l'organisme servant à l'assuré les prestations d'un

régime de base d'assurance maladie selon des modalités fixées par les conventions mentionnées à l'article L. 161-34.

De même, si une feuille de soins utilisant un support papier n'est pas parvenue à l'organisme servant à l'assuré les prestations d'un régime de base d'assurance maladie, l'assuré peut obtenir le remboursement des sommes dues, en produisant dans les conditions mentionnées à l'alinéa précédent un duplicata signé du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement concerné.

L'assuré ne peut faire valoir ses droits à remboursement au moyen d'une copie électronique que si quinze jours au moins et quatre-vingt-dix jours au plus se sont écoulés depuis la date d'élaboration de la feuille de soins mentionnée au 10° de l'article R. 161-42.

Article R161-48

I. - La transmission aux organismes d'assurance maladie des ordonnances est assurée selon l'une des procédures suivantes :

1° Ou bien le prescripteur transmet l'ordonnance par voie électronique ; la transmission est faite à l'organisme servant les prestations de base de l'assurance maladie dans les mêmes conditions et délais que ceux prévus au 1° du I de l'article R. 161-47 ;

2° Ou bien l'ordonnance est transmise par l'exécutant de la prescription, lorsqu'il transmet par voie électronique la feuille de soins à l'organisme servant à l'assuré les prestations de base de l'assurance maladie ; dans ce cas, la transmission est faite, sauf stipulation contraire d'une convention mentionnée à l'article L. 161-34, à la caisse du régime de l'assuré dans la circonscription de laquelle cet exécutant exerce, dans les mêmes délais que ceux prévus pour la transmission de la feuille de soins électronique ;

3° Ou bien l'ordonnance est transmise dans les mêmes conditions que celles prévues au 2° du I de l'article R. 161-47 lorsque l'exécutant de la prescription utilise une feuille de soins sur support papier.

Il n'est pas fait application des dispositions qui précèdent lorsque l'ordonnance a été préalablement transmise à l'organisme d'assurance maladie à l'appui d'une demande adressée en vue de l'obtention de l'accord préalable mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 315-2.

II. - Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine :

1° Les conditions de réception et de conservation par les organismes d'assurance maladie des ordonnances transmises par la voie électronique ;

2° Les conditions d'exercice, par le malade, l'assuré et le professionnel, personne physique, du droit d'accès et de rectification aux données les concernant.

Le directeur de chaque organisme d'assurance maladie est le responsable des traitements ainsi définis.

Article R161-49

Les feuilles de soins, qu'elles soient électroniques ou sur support papier, tiennent lieu de facturation. Elles sont conservées par l'organisme d'assurance maladie durant le délai mentionné à l'article 26 du décret n° 86-1309 du 29 décembre 1986 fixant les conditions d'application de l'ordonnance du 1er décembre 1986.

Toutefois, en cas de paiement direct en espèces par l'assuré au professionnel ayant effectué des actes ou servi des prestations, ce dernier lui remet une quittance, dont le contenu est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et des finances et de la santé.

Sous-section 5 : Carte de professionnel de santé

Article R161-52

La carte de professionnel de santé mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 161-33 contient les informations suivantes :

1° Des données visibles comportant un numéro d'émetteur, un numéro propre à la carte et la date de fin de validité de cette dernière et des données d'identification du titulaire, qui sont le nom d'exercice et le prénom usuel, la profession, un numéro d'identification propre au titulaire et, s'il y a lieu, la raison sociale et le numéro d'identification de l'organisme dans lequel est exercée l'activité principale ;

2° Des données inscrites dans le composant électronique de la carte :

a) Les données visibles mentionnées ci-dessus et le nom de famille s'il diffère du nom d'exercice ;

b) S'il y a lieu, la ou les spécialités du titulaire, son activité principale, sa ou ses activités secondaires et pour chacune d'elles le mode d'exercice et, le cas échéant, la forme juridique de la structure dans laquelle s'exerce l'activité ;

c) Les données décrivant la situation du titulaire au regard de l'assurance maladie ;

d) Des données techniques permettant :

- d'assurer les fonctions de signature et de chiffrement ;

- d'activer la carte au moyen d'un code confidentiel ;

- de protéger l'accès aux informations de la carte ;

- d'authentifier la carte en tant que carte de professionnel de santé, en tant que carte propre à une profession et à une activité déterminées et en tant que carte propre à une personne déterminée.

Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et de l'organisme émetteur mentionné à l'article R. 161-54, détermine les spécifications physiques et logiques permettant d'assurer la fiabilité de la carte et des données qu'elle contient.

Article R161-53

Pour les professions de santé réglementées par le code de la santé publique dont l'exercice est subordonné à l'enregistrement du diplôme par l'Etat et pour les personnes facturant ou permettant la prise en charge des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, les données d'identification mentionnées au 1° et au a du 2° de l'article R. 161-52 ainsi que les données mentionnées au b du 2° du même article sont issues des déclarations du demandeur, validées par :

1° Le service ou l'organisme chargé, pour le compte de l'Etat, de l'enregistrement du diplôme et, pour les professionnels relevant d'un ordre professionnel, l'instance ordinale compétente ;

2° Pour les professionnels relevant des dispositions du statut général des militaires, par le ministre chargé des armées ;

3° Et, s'il y a lieu, le directeur de la structure dans laquelle le demandeur exerce son activité.

La production des données mentionnées au c du 2° de l'article R. 161-52 incombe à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article R161-54

Un groupement d'intérêt public émet, délivre et gère les cartes de professionnel de santé. Il veille à leur bon usage et assure la fiabilité des mécanismes et la protection de clés sur lesquelles reposent la confidentialité des données chiffrées et la validité des signatures électroniques produites à l'aide de ces cartes.

Article R161-55

I.-La carte de professionnel de santé est délivrée aux professionnels et aux directeurs d'organismes ou établissements dispensant au titre de leur activité principale des actes ou prestations remboursables par

l'assurance maladie. Pour ces professionnels, la carte est renouvelée automatiquement à la fin de sa période de validité.

II.-La carte de professionnel de santé est aussi délivrée aux professionnels en formation autorisés à effectuer des remplacements.

III.-Les titulaires de la carte visée au I ci-dessus peuvent demander à l'organisme émetteur une carte pour les personnes qu'ils emploient et qui sont appelées par délégation à signer les documents électroniques mentionnés à l'article L. 161-33 ou à accéder aux dossiers pharmaceutiques des patients pris en charge. Ces cartes sont émises sur la base des informations produites par l'employeur, au nom de l'employé porteur ou au nom de l'employeur titulaire.

IV.-Les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie peuvent demander à l'organisme émetteur une carte pour leur personnel appelé à lire et à traiter les documents mentionnés à l'article L. 161-33.

Article R161-56

En cas d'erreur relative aux informations portées sur la carte, le titulaire exerce auprès de l'organisme émetteur son droit de rectification des informations de la carte.

En cas de modification de sa situation affectant les informations portées sur la carte, le titulaire en informe les autorités compétentes qui procèdent aux contrôles nécessaires et informent à leur tour l'organisme émetteur afin qu'il inscrive dans la carte les nouvelles informations.

Article R161-57

En cas de perte, de vol ou de dysfonctionnement de sa carte, le titulaire en informe l'organisme émetteur.

Afin d'éviter les utilisations frauduleuses des cartes de professionnel de santé, l'organisme émetteur établit une liste d'oppositions qui est mise à la disposition des utilisateurs. Cette liste peut contenir les numéros des cartes perdues, volées, périmées ou ayant cessé d'être valides pour toute autre raison.

Article R161-58

Pour les applications télématiques et informatiques du secteur de la santé, la signature électronique produite par la carte de professionnel de santé est reconnue par les administrations de l'Etat et les organismes de sécurité sociale comme garantissant l'identité et la qualité du titulaire de la carte ainsi que l'intégrité du document signé. Ainsi signés, les documents électroniques mentionnés à l'article L. 161-33 sont opposables à leur signataire.

Section 6 : Traitements de données relatives à l'assurance vieillesse

Sous-section 1 : Echantillon inter-régimes de cotisants et échantillon inter-régimes de retraités

Article R161-59

Il est créé un traitement automatisé permanent d'informations nominatives à des fins statistiques en matière de retraite, mis en oeuvre par un service statistique placé sous l'autorité du ministre chargé des affaires sociales et composé de :

1° L'échantillon interrégimes de cotisants, mentionné au II de l'article 27 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée et mis en oeuvre dans les conditions définies par un arrêté pris, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, par le ministre chargé des affaires sociales, le ministre de la défense, le ministre chargé du budget et le ministre dont relève l'Institut national de la statistique et des études économiques ;

2° L'échantillon interrégimes de retraités, mentionné à l'article 1er de la loi du 9 juillet 1984 susvisée et mis en oeuvre dans les conditions définies par un arrêté pris, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, par le ministre chargé des affaires sociales, le ministre chargé du budget et le ministre dont relève l'Institut national de la statistique et des études économiques.

Article R161-60

Le traitement défini à l'article R. 161-59 a pour finalité de fournir, selon une périodicité fixée par les arrêtés mentionnés au même article, des informations statistiques relatives :

1° A la situation au regard des droits à pension des personnes qui n'ont pas encore fait valoir leur droit à la retraite ;

2° A la situation des titulaires de pensions de retraite et de réversion ;

3° Au rapport entre le montant des droits à pension mentionnés au 1° ou des pensions mentionnées au 2°, d'une part, et les rémunérations et revenus de remplacement perçus, d'autre part.

Il peut également servir pour des enquêtes statistiques spécifiques réalisées à partir de l'un des deux échantillons ou des deux échantillons mentionnés à l'article R. 161-59. La Commission nationale de l'informatique et des libertés est saisie pour avis de tout projet d'enquête de ce type. Il ne peut être porté atteinte, pour la réalisation de ces enquêtes, au caractère anonyme des informations contenues dans les échantillons.

Article R161-61

Les informations nominatives nécessaires au traitement sont fournies, selon les modalités définies aux articles R. 161-62 à R. 161-69, par les organismes et services suivants :

1° Les organismes gestionnaires des régimes de retraite obligatoires ;

2° Pôle emploi ;

3° L'Institut national de la statistique et des études économiques ;

4° Les services de l'Etat, désignés par les arrêtés prévus à l'article R. 161-59, détenant des informations relatives aux traitements et aux pensions des personnels civils et militaires de l'Etat ;

5° La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en tant que gestionnaire d'un régime d'invalidité.

Article R161-62

I. - Pour constituer les échantillons visés à l'article R. 161-59, l'Institut national de la statistique et des études économiques sélectionne dans le répertoire national d'identification des personnes physiques les personnes dont la date de naissance (jour, mois, année) figure sur une liste fixée par arrêté pris, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, par les autorités ministérielles visées à l'article R. 161-59.

II. - Pour chacune de ces personnes, l'Institut national de la statistique et des études économiques est autorisé à extraire du répertoire national d'identification des personnes physiques les informations suivantes :

1° Le numéro d'inscription à ce répertoire ;

2° Le nom de famille ;

3° Les prénoms ;

4° Le sexe ;

5° La date de naissance (jour, mois, année) ;

6° Le lieu de naissance (pays, département ou territoire, commune).

L'Institut national de la statistique et des études économiques attribue à chacune de ces personnes :

1° Un numéro d'ordre personnel, anonyme et permanent, propre au présent traitement et commun aux deux échantillons ;

2° Un indicateur de la présence de l'individu dans la version précédente de l'un ou l'autre des deux échantillons.

L'Institut national de la statistique et des études économiques constitue, pour chaque échantillon, un fichier comprenant l'ensemble de ces informations.

Article R161-63

L'Institut national de la statistique et des études économiques transmet une copie des fichiers mentionnés au dernier alinéa de l'article R. 161-62 aux organismes visés à l'article R. 161-61.

Article R161-64

L'Institut national de la statistique et des études économiques transmet au service chargé de mettre en oeuvre le traitement, pour chacun des deux échantillons :

1° Un fichier contenant le numéro d'ordre personnel et l'indicateur de repérage définis à l'article R. 161-62 ainsi que le sexe, l'année, le pays et le département ou le territoire de naissance de l'ensemble des personnes de l'échantillon ;

2° Un fichier des personnes décédées depuis le tirage de la précédente version de l'échantillon, contenant le numéro d'ordre personnel, le mois et l'année de décès, le sexe, l'année, le pays et le département ou le territoire de naissance des individus concernés.

Article R161-65

Les organismes mentionnés à l'article R. 161-61 constituent, pour l'échantillon interrégimes de cotisants d'une part et l'échantillon interrégimes de retraités d'autre part, des fichiers à l'aide des données qu'ils détiennent sur chacune des personnes en ce qui concerne :

1° Le numéro d'ordre personnel visé à l'article R. 161-62 ;

2° Le sexe ;

3° L'année de naissance ;

4° Le lieu de naissance (pays, département ou territoire) ;

5° Un code permettant d'identifier l'organisme fournisseur de données et, le cas échéant, le régime de retraite ;

6° En ce qui concerne l'échantillon interrégimes de cotisants, les éléments d'ordre individuel et professionnel nécessaires au calcul de la pension de retraite ;

7° En ce qui concerne l'échantillon interrégimes de retraités, la nature et le montant des avantages de retraite, l'âge et les paramètres pris en compte lors de la liquidation des droits ;

8° Les informations permettant d'établir le rapport entre le montant des droits résultant de la législation en vigueur ou de la pension de retraite, d'une part, et les rémunérations et revenus de remplacement perçus, d'autre part ;

9° La situation familiale (état matrimonial, conclusion d'un pacte civil de solidarité, concubinage ; nombre d'enfants), le département ou le territoire de résidence des individus, leur catégorie socioprofessionnelle et en outre, pour les agents publics, leur catégorie statutaire.

Les arrêtés prévus à l'article R. 161-59 fixent la liste des données mentionnées aux 6°, 7°, 8° et 9° du précédent alinéa.

Afin de procéder au recueil des informations mentionnées ci-dessus, les organismes visés à l'article R. 161-61 sont autorisés à utiliser le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

Article R161-66

Les organismes visés à l'article R. 161-61 transmettent les fichiers mentionnés à l'article R. 161-65 au service chargé de mettre en oeuvre le traitement.

Article R161-67

Pour constituer l'échantillon interrégimes de cotisants et l'échantillon interrégimes de retraités, le service chargé de mettre en oeuvre le traitement procède à l'appariement, exclusivement à l'aide du numéro d'ordre personnel propre au traitement, des fichiers mentionnés à l'article R. 161-66.

Les échantillons respectifs mentionnés au précédent alinéa contiennent des données relatives à chacune des personnes figurant dans le présent traitement en ce qui concerne :

- 1° Le numéro d'ordre personnel visé à l'article R. 161-62 ;
- 2° Le sexe ;
- 3° L'année de naissance ;
- 4° Le lieu de naissance (pays, département ou territoire) ;
- 5° Le code d'identification de l'organisme fournisseur de données et, le cas échéant, du régime de retraite ;
- 6° En ce qui concerne l'échantillon interrégimes de cotisants, les éléments d'ordre individuel et professionnel nécessaires au calcul de la pension de retraite ;
- 7° En ce qui concerne l'échantillon interrégimes de retraités, la nature et le montant des avantages de retraite, l'âge et les paramètres pris en compte lors de la liquidation des droits ;
- 8° Les informations permettant d'établir le rapport entre le montant des droits résultant de la législation en vigueur ou de la pension de retraite, d'une part, et les rémunérations et revenus de remplacement perçus, d'autre part ;
- 9° La situation familiale (état matrimonial, conclusion d'un pacte civil de solidarité, concubinage ; nombre d'enfants), le département ou le territoire de résidence des individus, leur catégorie socioprofessionnelle et en outre, pour les agents publics, leur catégorie statutaire.

Article R161-68

Lors de la constitution de chaque échantillon, les organismes et services mentionnés à l'article R. 161-61 informent le public, par voie d'affichage ou par la diffusion de documents, de l'existence et de la finalité du traitement, des critères retenus pour la constitution des échantillons, du service destinataire des informations et de l'existence d'un droit d'accès et de rectification.

Le droit d'accès et de rectification visé aux articles 34 et 36 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée s'exerce directement auprès des organismes et services mentionnés à l'article R. 161-61, ou, l'intéressé s'étant muni du numéro d'ordre prévu à l'article R. 161-62, auprès du service chargé de mettre en oeuvre le traitement. Lorsqu'une rectification est opérée, l'organisme ou le service qui y procède doit la notifier à celui qui a délivré l'information ou en a été rendu destinataire.

Article R161-69

Les organismes mentionnés à l'article R. 161-61 détruisent les fichiers mentionnés à l'article R. 161-63 à l'expiration de la durée suivante à compter de la date de transmission des fichiers visés à l'article R. 161-65 au service chargé de la mise en oeuvre du traitement :

1° Six ans pour ce qui concerne l'Institut national de la statistique et des études économiques ;

2° Deux ans pour ce qui concerne les autres organismes mentionnés à l'article R. 161-61.

L'Institut national de la statistique et des études économiques détruit les fichiers mentionnés à l'article R. 161-64 à l'expiration d'une durée de quatre ans à compter de leur transmission au service chargé de mettre en oeuvre le traitement.

Les organismes mentionnés à l'article R. 161-61 détruisent les fichiers visés à l'article R. 161-65 à l'expiration de la durée suivante à compter de la date de transmission de ces fichiers au service chargé de mettre en oeuvre le traitement :

1° Six ans s'agissant de l'échantillon interrégimes de cotisants ;

2° Deux ans s'agissant de l'échantillon interrégimes de retraités.

Sous-section 2 : Echanges inter-régimes de retraite

Article R161-69-1

I.-Conformément à l'article L. 161-17-1-1, est autorisée la création, par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, d'un traitement de données à caractère personnel dénommé : " échanges inter-régimes de retraite ".

Ce traitement a pour finalité de permettre aux organismes mentionnés au I de l'article R. 161-69-3 d'apprécier en vue de calculer le montant des prestations en cause :

1° Le droit à la majoration de la pension de réversion mentionnée à l'article L. 353-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime ;

2° Le droit à la majoration mentionnée à l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale ;

3° Le droit à la majoration mentionnée à l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime ;

4° Le droit à la pension de réversion mentionnée à l'article L. 353-1 du présent code et à l'article L. 732-41 du code rural et de la pêche maritime ;

5° Le droit à l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 du présent code et aux allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

6° Le droit à l'allocation spéciale d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24.

II.-Ce traitement a également pour finalités :

1° De permettre d'effectuer des requêtes afin de sélectionner les pensionnés susceptibles de faire l'objet de mesures spécifiques en fonction de leurs montants de pensions ;

2° De contribuer à la production, par les organismes contributeurs mentionnés à l'article R. 161-69-2 et les services de l'Etat placés sous l'autorité des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture, du budget et de la fonction publique, de statistiques à des fins de pilotage des politiques publiques.

Toutefois, sont seuls autorisés les traitements statistiques qui conduisent à afficher ou à éditer des résultats de requêtes dont le dénombrement est supérieur à dix.

Article R161-69-2

Les catégories de données à caractère personnel et les informations relatives à chaque assuré ou ayant droit susceptible de bénéficier des prestations mentionnées à l'article R. 161-69-1 que comporte le traitement sont les suivantes :

1° Des données communes d'identification :

a) Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) ;

b) Le nom de famille et les prénoms ;

2° Les données et informations relatives aux affiliations et avantages :

a) La liste des régimes d'affiliation du bénéficiaire et de ses conjoint ou ex-conjoints décédés et, le cas échéant, la mention d'un régime étranger ou du régime d'une organisation internationale ;

b) Le montant de chacun des avantages de retraite servis au bénéficiaire, sous la réserve du code mentionné au c ;

c) La mention que le bénéficiaire a fait valoir tous ses droits auprès de chacun des organismes auprès desquels il a été affilié.

Dans le cadre de l'instruction et du calcul des prestations mentionnées à l'article R. 161-9-1, lorsque le montant de l'avantage de retraite est supérieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, il est communiqué aux organismes utilisateurs du traitement par la mention d'un code spécifique.

Dans le cadre de la production de statistiques, les montants communiqués aux organismes contributeurs du traitement sont les montants de chacun des avantages de retraite servis sans limitation de montant.

Ces informations sont fournies par les organismes ou services chargés de la gestion des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires de base ou complémentaires. Ces organismes sont dits contributeurs.

Article R161-69-3

I. - Les organismes dits utilisateurs du traitement sont :

1° La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

2° Le Régime social des indépendants ;

3° La Mutualité sociale agricole ;

4° Les sections professionnelles de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;

5° La Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes ;

6° Les régimes spéciaux qui servent des pensions de coordination calculées selon les règles du régime général en application de l'article L. 173-1 et des prestations prévues par les articles L. 815-1 et L. 815-24 ;

7° Les services de l'Etat chargés de la liquidation des pensions.

II. - Sont destinataires des données et informations mentionnées à l'article R. 161-69-2, dans le cadre de leur mission et pour les finalités mentionnées au I et au 1° du II de l'article R. 161-69-1 au sein des organismes utilisateurs, les agents individuellement habilités en charge de l'instruction, du calcul et du versement des prestations mentionnées à l'article R. 161-69-1.

III. - Sont destinataires des données et informations mentionnées à l'article R. 161-69-2 à l'exception des données mentionnées au b du 1°, dans le cadre de leur mission et pour la finalité mentionnée au 2° du II de l'article R. 161-69-1, les agents exerçant des activités statistiques individuellement habilités au sein des organismes contributeurs et des services de l'Etat placés sous l'autorité respective des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture, du budget et de la fonction publique.

Article R161-69-4

Les informations mentionnées au 1° de l'article R. 161-69-2 sont conservées par le traitement d'échanges inter-régimes de retraite mentionné à l'article R. 161-69-1 pendant un délai de trois ans à compter de la date à laquelle l'avantage de retraite cesse d'être servi, à l'exception du nom de famille et des prénoms, qui ne sont pas conservés.

Les informations mentionnées au 2° de l'article R. 161-69-2 sont conservées pendant un délai de cinq ans à compter de la date à laquelle l'avantage de retraite cesse d'être servi.

En cas de contentieux, les informations mentionnées au 1° et au 2° de l'article R. 161-69-2 sont conservées jusqu'à l'intervention d'une décision de justice devenue définitive.

Les mises à jour, les consultations et les échanges, de même que les traces de ces opérations, sont conservés dans un journal pendant un an à compter de ces opérations.

Article R161-69-5

Le droit d'accès prévu à l'article 39 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée s'exerce auprès de chacun des organismes utilisateurs.

Le droit de rectification prévu à l'article 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée s'exerce auprès de l'organisme ou service dit contributeur concerné.

Conformément au troisième alinéa de l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, le droit d'opposition ne s'applique pas au présent traitement.

Article R161-69-6

Les organismes ou services chargés de la gestion des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires de base ou complémentaires concluent avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés une convention qui détermine les modalités de leur participation au présent dispositif.

La convention précise notamment les caractéristiques techniques des systèmes d'informations que les organismes mettent en œuvre pour assurer l'alimentation et la consultation sécurisées.

La convention précise les règles d'habilitation définies par les organismes pour chacun des modes de consultation et de traitement des données, ainsi que les exigences relatives à la qualité des données et informations fournies par les organismes contributeurs mentionnées à l'article R. 161-69-2.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1er bis : La Haute Autorité de santé

Section 1 : Missions

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article R161-70

Pour l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 161-37, la Haute Autorité de santé rend les avis, formule les recommandations et propositions ou prend les décisions mentionnées aux articles R. 161-71 à R. 161-75.

Pour l'ensemble de ces missions, la Haute Autorité réalise ou fait réaliser toute étude qui lui paraît nécessaire et peut participer à toute action d'évaluation.

Lorsque, dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité identifie un acte dont elle estime qu'il est susceptible de présenter un risque sérieux pour les patients, elle en informe le ministre chargé de la santé en précisant les règles auxquelles pourrait être soumise la pratique de cet acte en application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique.

Article R161-71

Dans le domaine de l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, la Haute Autorité :

1° Emet un avis :

a) Sur les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation et leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 ainsi que sur leur radiation de cette liste dans les conditions prévues à l'article R. 162-52-1 ;

b) Sur l'inscription des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les

médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues aux articles R. 165-1 et suivants ;

c) Sur l'inscription des médicaments sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 dans les conditions prévues aux articles R. 163-18 et suivants ;

d) Sur la liste des actes, procédés, techniques, méthodes et prescriptions mentionnés à l'article L. 1151-1 du code de la santé publique et les règles qui leur sont applicables ;

e) Sur les projets de décrets pris en application du 3° de l'article L. 160-14 fixant la liste des affections de longue durée ;

f) Sur les projets de décrets pris en application du dernier alinéa de l'article L. 160-14 réservant la limitation ou la suppression de la participation aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins ;

2° Propose l'inscription des médicaments sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

3° Formule des recommandations :

a) Sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégories de produits ou prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant.

Ces recommandations sont émises à l'initiative de la Haute Autorité ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, du comité économique des produits de santé et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La Haute Autorité peut également être sollicitée par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé ainsi que des associations d'usagers agréées au niveau national conformément aux dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

b) Sur les actes et prestations nécessités par le traitement des affections mentionnées à l'article L. 324-1 pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 160-14.

c) Sur les critères médicaux utilisés pour la définition des affections de longue durée.

La Haute Autorité formule les recommandations mentionnées aux b et c, à son initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de la sécurité sociale ou de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les recommandations mentionnées au b peuvent porter sur les conditions dans lesquelles doivent être réalisés ces actes et prestations, notamment leur fréquence de réalisation, la durée de validité du protocole de soins et les actes et prestations que ne nécessite pas, de manière générale, le traitement des affections en cause.

d) Sur les actes médicaux et examens biologiques que requiert le suivi des affections relevant du 10° de l'article L. 160-14.

4° Etablit et diffuse des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de prévention, de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces et contribue à leur comparaison ou leur hiérarchisation dans un objectif de santé publique et d'optimisation des dépenses d'assurance maladie.

Elle définit et rend publics :

a) Les méthodologies d'évaluation médico-économique adaptées aux différentes activités de prévention et de soins en prenant en compte l'efficacité, la qualité, la sécurité, l'organisation et les coûts de la prévention et des soins ainsi que leur intérêt pour la santé publique, la qualité de vie des patients, l'amélioration de l'égal accès à la prévention et aux soins et le respect des principes éthiques ;

b) Les modalités et critères d'évaluation médico-économique applicables dans l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 161-37 et réalise, le cas échéant, les évaluations médico-économiques requises. A ces fins, elle s'appuie, en tant que de besoin, sur les travaux émanant d'autorités scientifiques ou d'organismes français ou étrangers.

Article R161-71-1

I. # Dans le cadre d'une procédure d'inscription ou de renouvellement d'inscription sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale et L. 5123-2 du code de la santé publique, une évaluation médico-économique est requise lorsque les deux conditions suivantes sont remplies :

1° La reconnaissance ou la confirmation d'une amélioration du service médical rendu ou du service attendu, majeure, importante ou modérée, au sens du 2° de l'article R. 163-18 et du 3° de l'article R. 165-11, est sollicitée par l'entreprise ;

2° Le produit ou la technologie a ou est susceptible d'avoir un impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie compte tenu de son incidence sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les conditions de prise en charge des malades et, le cas échéant, de son prix.

Dans ce cas, l'entreprise soumet à la commission mentionnée au treizième alinéa de l'article L. 161-37, lors du dépôt de la demande d'inscription ou de renouvellement, toute étude médico-économique relative au produit ou à la technologie concernée dont elle dispose et lui transmet, par voie électronique, les modèles ou données médico-économiques nécessaires à l'évaluation mentionnée au premier alinéa ainsi que les éléments prévus, selon le cas, aux articles R. 163-8, R. 163-10, R. 165-7 ou R. 165-10. L'entreprise adresse, concomitamment, une copie de ces éléments et données, par voie électronique, au comité économique des produits de santé.

Si la commission estime que les modèles et données médico-économiques transmis et, le cas échéant, les études médico-économiques produites ne permettent pas de réaliser l'évaluation médico-économique, elle précise les éléments nécessaires à sa réalisation ainsi que le délai de transmission de ces éléments. Elle peut auditionner l'entreprise concernée.

II. # Lorsqu'une évaluation médico-économique est requise en application du I du présent article, la commission mentionnée au treizième alinéa de l'article L. 161-37 émet un avis sur l'efficacité prévisible ou constatée de la prise en charge par l'assurance maladie du produit de santé ou de la technologie.

L'avis émis par la commission mentionnée au treizième alinéa de l'article L. 161-37 se fonde sur l'analyse comparative, entre les différentes alternatives thérapeutiques médicalement pertinentes, du rapport entre les coûts engagés et les bénéfices attendus ou observés pour la santé et la qualité de vie des personnes concernées.

L'avis est communiqué à l'entreprise qui exploite le produit concerné. L'entreprise peut, dans les huit jours suivant la réception de cet avis, demander à être entendue par la commission ou présenter des observations écrites. La commission peut modifier son avis compte tenu des observations présentées.

L'avis définitif est communiqué à l'entreprise avec copie au comité économique des produits de santé. Il est rendu public.

Article R161-72

Dans le domaine de l'information des professionnels de santé et du public sur le bon usage des soins et les bonnes pratiques, la Haute Autorité :

1° Elabore et diffuse des guides et tout autre document d'information, notamment sur les affections de longue durée, en tenant compte, le cas échéant, de ceux élaborés et diffusés par l'Institut national du cancer en application du 2° de l'article L. 1415-2 du code de la santé publique ;

2° Détermine les domaines dans lesquels l'élaboration, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, de recommandations de bonnes pratiques concernant les produits relevant de la compétence de celle-ci et autres que celles qui relèvent de ses missions de police sanitaire apparaît nécessaire, et procède à leur diffusion ;

3° Propose au ministre chargé de la santé en vue de leur homologation en application de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance aux patients de l'information sur leur état de santé ;

4° Emet un avis sur les règles de bonnes pratiques des professions paramédicales mentionnées à l'article L. 4394-1 du code de la santé publique ;

5° Etablit les recommandations de bonnes pratiques concernant les ostéopathes et les chiropracteurs et est consultée sur les dispositions réglementaires prises pour l'application de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 modifiée relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;

6° Etablit les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 susceptibles d'être rendues opposables aux professionnels de santé par les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-12-9, ou, à défaut, le règlement prévu à l'article L. 162-14-2 ainsi que les recommandations de bonne pratique qui y sont associées ;

7° Emet un avis sur les accords de bon usage des soins, mentionnés à l'article L. 162-12-17 qui comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques.

Article R161-73

Dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles, la Haute Autorité :

1° Définit la procédure :

a) D'accréditation de la pratique des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé, en application de l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ; elle délivre les accréditations ;

b) D'évaluation et de certification par des organismes, qu'elle accrédite, du respect par les personnes pratiquant la promotion des spécialités pharmaceutiques de la charte de qualité des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 162-17-8 ;

2° Emet un avis sur les décisions d'agrément des organismes aptes à effectuer l'évaluation de la formation des médecins prises en application du 3° de l'article L. 4133-2 du code de la santé publique par le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux et le Conseil national de la formation continue des médecins salariés non hospitaliers ;

3° Habilité :

a) Les médecins chargés de réaliser des actions d'évaluation des pratiques médicales des médecins exerçant à titre libéral en application de l'article L. 4134-5 du code de la santé publique ;

b) Les professionnels chargés d'organiser des actions d'évaluation des pratiques des professionnels paramédicaux en application des articles L. 4393-1 et L. 4322-10 du code de la santé publique ;

4° Propose l'habilitation des professionnels chargés d'organiser des actions d'évaluation des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes en application de l'article L. 4321-17 du code de la santé publique ;

5° Elabore le référentiel d'évaluation des comités de protection des personnes mentionné à l'article L. 1123-14 du code de la santé publique ;

6° Emet des avis sur les indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins pris en compte pour évaluer les risques mentionnés à l'article R. 162-45 du code de la sécurité sociale ainsi que les valeurs limites que doivent atteindre les établissements de santé.

Article R161-74

La Haute Autorité définit la procédure de certification des établissements de santé, publics ou privés, en application de l'article L. 6113-3 du code de la santé publique et dans le respect des dispositions des articles R. 710-6-1 et suivants. Elle délivre les certifications.

Article R161-75

La Haute Autorité de santé détermine les règles de bonne pratique devant être respectées par les sites informatiques dédiés à la santé.

Article R161-76

Les décisions réglementaires de la Haute Autorité mentionnées au 1° de l'article R. 161-73 et aux articles R. 161-74 et R. 161-75 ainsi que le règlement intérieur mentionné à l'article R. 161-77 sont publiés au Journal officiel de la République française.

Les règlements intérieurs des commissions spécialisées de la Haute Autorité sont, le cas échéant, publiés au Bulletin officiel du ministère de la santé.

Sous-section 2 : Dispositions relatives à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale

Article R161-76-1

Tout logiciel dont l'objet est de proposer aux prescripteurs exerçant en ville, en établissement de santé ou en établissement médico-social, une aide à la réalisation de la prescription de médicaments est soumis à l'obligation de certification prévue à l'article L. 161-38, sans préjudice des dispositions des articles R. 5211-1 et suivants du code de la santé publique. Les logiciels intégrant d'autres fonctionnalités que l'aide à la prescription médicale ne sont soumis à certification que pour cette dernière fonctionnalité.

Article R161-76-2

La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification. Cette procédure comporte notamment le référentiel au regard duquel le logiciel d'aide à la prescription est certifié. Elle est rendue publique par la Haute Autorité de santé et le référentiel est publié au Journal officiel de la République française.

La Haute Autorité de santé élabore des référentiels spécifiques, d'une part pour la prescription de médicaments destinés à être dispensés en officine de pharmacie, d'autre part pour la prescription de médicaments destinés à être dispensés par une pharmacie à usage intérieur.

Article R161-76-3

Le logiciel d'aide à la prescription médicale est certifié au regard d'un référentiel établi par la Haute Autorité de santé et prévoyant :

- 1° Des exigences minimales de sécurité, portant notamment sur l'absence de toute information étrangère à la prescription et de publicité de toute nature ainsi que sur sa qualité ergonomique ;
- 2° Des exigences minimales de conformité de la prescription aux dispositions réglementaires et aux règles de bonne pratique de la prescription médicamenteuse ;
- 3° Des exigences minimales d'efficacité assurant la diminution du coût du traitement à qualité égale ;
- 4° La prescription en dénomination commune, telle que définie au 5° de l'article R. 5121-1 du code de la santé publique ;
- 5° Une information sur le médicament issue d'une base de données sur les médicaments satisfaisant à une charte de qualité élaborée par la Haute Autorité de santé ;
- 6° Des informations relatives au concepteur du logiciel et au financement de l'élaboration de ce logiciel.

Article R161-76-4

La certification du logiciel d'aide à la prescription médicale est assurée par un organisme certificateur accrédité par le Comité français d'accréditation ou par un organisme membre de la Coopération européenne pour l'accréditation et ayant signé les accords de reconnaissance mutuelle multilatéraux couvrant l'activité considérée.

Article R161-76-5

La décision de certification est notifiée par l'organisme certificateur dans un délai d'un mois.

Article R161-76-6

Le document attestant de la certification comporte les mentions suivantes :

- 1° Le nom et le numéro de version du logiciel d'aide à la prescription médicale ;
- 2° Le nom et le numéro de version de la base de données sur les médicaments utilisée par le logiciel ;
- 3° Le référentiel de certification utilisé et sa version ;
- 4° L'organisme certificateur ayant délivré le certificat ;
- 5° La date d'émission du document.

Article R161-76-7

L'organisme certificateur transmet la décision de certification, concomitamment à l'éditeur du logiciel, à la Haute Autorité de santé et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La Haute Autorité de santé peut demander copie des rapports d'audit ayant servi à la certification rédigés par l'organisme certificateur. Cet organisme les lui transmet dans un délai d'un mois.

La Haute Autorité de santé rend publique la liste des logiciels d'aide à la prescription médicale certifiés.

Article R161-76-8

La certification d'un logiciel d'aide à la prescription médicale est délivrée pour une durée maximale de trois ans renouvelable.

Article R161-76-9

Tout défaut de conformité d'un logiciel d'aide à la prescription médicale au référentiel de certification qui lui est applicable, ou toute suspicion de défaut, constaté par toute personne, peut être signalé à l'organisme certificateur. Cet organisme en informe la Haute Autorité de santé.

Tout logiciel d'aide à la prescription médicale certifié faisant l'objet d'une modification susceptible de remettre en cause sa conformité au référentiel de certification qui lui est applicable doit être soumis sans délai à une nouvelle certification. Il en est de même pour tout logiciel utilisant une base de données sur les médicaments qui cesse de satisfaire à la charte de qualité élaborée par la Haute Autorité de santé.

L'organisme certificateur informe la Haute Autorité de santé et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de toute modification, suspension ou retrait de la décision de certification.

Sous-section 3 : Dispositions relatives à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la dispensation

Article R161-76-10

Tout logiciel dont l'objet est de proposer aux pharmaciens d'officine une aide à la réalisation de la dispensation de médicaments, conformément aux dispositions de l'article R. 4235-48 du code de la santé publique, est soumis à l'obligation de certification prévue à l'article L. 161-38, sans préjudice des dispositions des articles R. 5211-1 et suivants du code de la santé publique. Les logiciels intégrant d'autres fonctionnalités que l'aide à la dispensation des médicaments ne sont soumis à certification que pour cette dernière fonctionnalité.

Article R161-76-11

La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification. Cette procédure comporte notamment le référentiel au regard duquel le logiciel d'aide à la dispensation est certifié. Elle est rendue publique par la Haute Autorité de santé et le référentiel est publié au Journal officiel de la République française.

Article R161-76-12

Le logiciel d'aide à la dispensation de médicaments est certifié au regard d'un référentiel établi par la Haute Autorité de santé et prévoyant :

- 1° Des exigences minimales de sécurité, portant notamment sur l'absence de toute information étrangère à la dispensation et de publicité de toute nature ainsi que sur sa qualité ergonomique ;
- 2° Des exigences minimales de conformité de la dispensation aux dispositions réglementaires et aux règles de bonne pratique de la dispensation ;
- 3° La gestion d'une prescription en dénomination commune, telle que définie au 5° de l'article R. 5121-1 du code de la santé publique ;
- 4° Une information sur le médicament issue d'une base de données sur les médicaments satisfaisant à une charte de qualité élaborée par la Haute Autorité de santé ;
- 5° Des informations relatives au concepteur du logiciel et au financement de l'élaboration de ce logiciel.

Article R161-76-13

La certification du logiciel d'aide à la dispensation de médicaments est assurée par un organisme certificateur accrédité par le Comité français d'accréditation ou par un organisme membre de la Coopération européenne pour l'accréditation et ayant signé les accords de reconnaissance mutuelle multilatéraux couvrant l'activité considérée.

Article R161-76-14

La décision de certification est notifiée par l'organisme certificateur dans un délai d'un mois.

Article R161-76-15

Le document attestant de la certification comporte les mentions suivantes :

- 1° Le nom et le numéro de version du logiciel d'aide à la dispensation de médicaments ;
- 2° Le nom et le numéro de version de la base de données sur les médicaments utilisée par le logiciel ;

- 3° Le référentiel de certification utilisé et sa version ;
- 4° L'organisme certificateur ayant délivré le certificat ;
- 5° La date d'émission du document.

Article R161-76-16

L'organisme certificateur transmet la décision de certification, concomitamment à l'éditeur du logiciel, à la Haute Autorité de santé et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La Haute Autorité de santé peut demander copie des rapports d'audit ayant servi à la certification rédigés par l'organisme certificateur. Cet organisme les lui transmet dans un délai d'un mois.

La Haute Autorité de santé rend publique la liste des logiciels d'aide à la dispensation de médicaments certifiés.

Article R161-76-17

La certification d'un logiciel d'aide à la dispensation de médicaments est délivrée pour une durée maximale de trois ans renouvelable.

Article R161-76-18

Tout défaut de conformité d'un logiciel d'aide à la dispensation de médicaments au référentiel de certification qui lui est applicable, ou toute suspicion de défaut, constaté par toute personne, peut être signalé à l'organisme certificateur. Cet organisme en informe la Haute Autorité de santé.

Tout logiciel d'aide à la dispensation de médicaments certifié faisant l'objet d'une modification susceptible de remettre en cause sa conformité au référentiel de certification qui lui est applicable doit être soumis sans délai à une nouvelle certification. Il en est de même pour tout logiciel utilisant une base de données sur les médicaments qui cesse de satisfaire à la charte de qualité élaborée par la Haute Autorité de santé.

L'organisme certificateur informe la Haute Autorité de santé et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de toute modification, suspension ou retrait de la décision de certification.

Section 2 : Organisation et fonctionnement

Sous-section 1 : Organisation administrative

Article R161-77

La Haute Autorité comprend un collège, les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code ainsi que toute commission dont le collège décide la création.

Le collège arrête son règlement intérieur, qui fixe :

1° Ses modalités de délibération, notamment les règles de convocation, de quorum et de suppléance du président ainsi que les modalités selon lesquelles il traite les demandes qui lui sont adressées ;

2° La liste, la composition et les règles de fonctionnement des commissions autres que celles mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code ; il fixe également les attributions qu'elles exercent par délégation du collège ainsi que les modalités selon lesquelles elles lui rendent compte de leurs activités.

Lorsque la Haute Autorité est saisie d'une des demandes d'avis mentionnées aux b et c du 1° de l'article R. 161-71, le président du collège peut décider, dans le mois suivant la réception de la demande, de confier au collège l'examen de cette demande, après avis du président de la commission concernée. L'auteur de la demande est informé sans délai de cette décision.

Sans préjudice des règles relatives à la composition des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, des représentants des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent assister aux séances du collège et des commissions spécialisées de la Haute Autorité de santé. Afin de permettre à la Haute Autorité d'organiser ses travaux, ces ministres indiquent régulièrement au collège les domaines dans lesquels, notamment en application du a du 3° de l'article R. 161-71, ils souhaitent disposer de recommandations, d'études ou d'avis ainsi que leurs priorités en la matière.

Article R161-78

Le collège de la Haute Autorité délibère sur :

1° Le budget annuel et ses modifications en cours d'année ;

2° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

3° Le règlement comptable et financier, qui est transmis au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'économie ;

4° Sur proposition du directeur, le règlement intérieur des services ;

5° Les conditions générales de passation des contrats, conventions et marchés ;

6° Les conditions générales d'emploi des fonds disponibles et de placement des réserves ;

7° Les acquisitions, échanges et aliénations de biens immobiliers ;

8° Les emprunts ;

9° Les dons et legs.

Article R161-79

La Haute Autorité dispose de services dont l'organisation est décidée sur proposition du directeur par son président, après avis du collège et du comité d'entreprise.

Le président peut donner délégation au directeur pour signer tous actes relatifs au fonctionnement, à l'exercice des missions de la Haute Autorité et à sa représentation en justice et dans les actes de la vie civile, et, dans la limite de ses attributions, à tout agent de la Haute Autorité placé sous l'autorité du directeur.

Article R161-80

Le directeur exerce la direction des services de la Haute Autorité et a autorité sur le personnel. Pour l'application de la réglementation du travail, il exerce les compétences du chef d'entreprise.

Il a qualité pour tenir la comptabilité des engagements de dépenses, dans les conditions définies par le règlement comptable et financier et engager, gérer et licencier le personnel.

Dans les matières relevant de sa compétence, le directeur peut déléguer sa signature dans les limites qu'il détermine et désigner les personnes habilitées à le représenter.

La rémunération du directeur est fixée par le président après avis du collège.

Sous-section 2 : Statut des membres et collaborateurs de la Haute Autorité

Article R161-81

Le président du collège reçoit un traitement égal à celui afférent à la première catégorie supérieure des emplois de l'Etat classés hors échelle, assorti d'une indemnité de fonction, annuelle et forfaitaire, fixée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Les membres du collège autres que le président reçoivent un traitement égal à celui afférent à la seconde catégorie supérieure des emplois de l'Etat classés hors échelle assorti d'une indemnité de fonction, annuelle et forfaitaire, fixée par les mêmes ministres.

Toutefois, lorsque le président ou l'un des membres du collège perçoit une pension de retraite relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, il ne perçoit que l'indemnité de fonction.

Lorsqu'un membre du collège a la qualité d'agent public titulaire, il est placé en position de détachement ou mis à disposition de la haute autorité. Dans ce dernier cas, il ne perçoit qu'un complément indemnitaire dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

L'activité des membres des commissions spécialisées autres que leur président, des personnes collaborant occasionnellement aux travaux de la Haute Autorité, des personnes mentionnées à l'article L. 1414-4 du code de la santé publique et des autres personnes qui apportent leur concours au collège ou aux commissions spécialisées de la Haute Autorité peut donner lieu à indemnités. Celles-ci sont fixées par le président du collège après avis de ce dernier, sur proposition du directeur.

Les montants des rémunérations et indemnités prévues au présent article font l'objet d'une publication au Journal officiel de la République française.

Les frais occasionnés par les déplacements et les séjours des membres du collège de la Haute Autorité, des membres des commissions spécialisées et des personnes mentionnées à l'article L. 1414-4 du code de la santé publique et des autres personnes qui apportent leur concours au collège ou aux commissions spécialisées sont remboursés dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires de l'Etat.

Article R161-82

Les agents contractuels de droit public de la Haute Autorité peuvent être employés à temps plein ou à temps partiel, pour une durée déterminée ou indéterminée.

Chaque contrat de travail conclu entre la Haute Autorité et l'un de ses agents précise s'il relève du droit public ou du code du travail.

Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les agents de droit public sont soumis aux dispositions du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, à l'exception des dispositions des articles 43 et 44, et aux dispositions du décret n° 2003-224 du 7 mars 2003 fixant les règles applicables aux personnels de droit public recrutés par certains établissements publics intervenant dans le domaine de la santé publique ou de la sécurité sanitaire, à l'exception des dispositions de l'article 3. Pour l'application du décret du 7 mars 2003, le directeur et le collège de la Haute Autorité exercent les compétences dévolues respectivement au directeur général et au conseil d'administration. Le comité d'entreprise exerce les attributions dévolues au comité technique et à la commission consultative paritaire. Les modalités particulières de mise en oeuvre du décret du 7 mars 2003 font, en tant que de besoin, l'objet d'une délibération du collège après avis du comité d'entreprise.

Article R161-83

Le règlement intérieur des services mentionné à l'article L. 161-43 précise les règles applicables à l'ensemble du personnel de la Haute Autorité concernant :

1° L'hygiène et la sécurité ;

2° Les règles générales relatives à la discipline, notamment la nature et l'échelle des sanctions que peut prendre le directeur ou son représentant ainsi que les dispositions relatives aux droits de la défense du personnel.

Les institutions mentionnées aux articles L. 421-1, L. 431-1 et L. 236-1 du code du travail sont compétentes à l'égard de l'ensemble du personnel de la Haute Autorité. Tous les personnels sont électeurs et éligibles, dans les conditions fixées par le code du travail, pour la désignation de ces institutions.

Article R161-84

Les agents de la Haute Autorité :

1° Sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles qui sont définies à l'article 26 du titre Ier du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales ;

2° Ne peuvent, par eux-mêmes ou par personne interposée, avoir, dans les établissements ou entreprises en relation avec la Haute Autorité, aucun intérêt de nature à compromettre leur indépendance.

Ces agents sont soumis aux dispositions du décret n° 2007-611 du 26 avril 2007 relatif à l'exercice d'activités privées par des fonctionnaires ou agents non titulaires ayant cessé temporairement ou définitivement leurs fonctions et à la commission de déontologie.

Article R161-85

Les personnes collaborant occasionnellement aux travaux de la Haute Autorité, les experts mentionnés à l'article L. 1414-4 du code de la santé publique, les personnes qui apportent leur concours au collège ou aux commissions spécialisées de la Haute Autorité et les membres des commissions spécialisées ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect et sont soumises aux obligations énoncées au 1° de l'article R. 161-84. Elles sont également soumises à l'interdiction mentionnée au premier alinéa de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique et aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 4113-13 du code de la santé publique. En cas de manquement à ces dispositions, le collège statuant à la majorité de ses membres peut mettre fin à leurs fonctions.

Les personnes mentionnées au précédent alinéa sont soumises aux dispositions de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique. Celles de l'article R. 4113-110 du même code leur sont applicables.

Article R161-86

Les membres du collège ne peuvent avoir par eux-mêmes, ou par personne interposée, dans les établissements ou entreprises intervenant dans les domaines de compétence de la Haute Autorité, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance. Ils ne peuvent exercer parallèlement des fonctions de direction dans des organismes ou services liés par convention avec des entreprises exploitant des médicaments ou fabricant des produits de santé.

Les membres du collège qui détiennent de tels intérêts ou exercent de telles fonctions disposent, à compter de la date de leur nomination, d'un délai de trois mois pour s'en défaire ou les quitter. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le collège statuant à la majorité des membres le composant, après la présentation par l'intéressé, qui ne participe pas au vote, de ses observations.

Sous-section 3 : Dispositions budgétaires et comptables

Article R161-87

Le président est ordonnateur des recettes et des dépenses du budget. Il peut désigner le directeur en qualité d'ordonnateur secondaire. Il dispose du pouvoir de transaction circonscrit aux besoins de la gestion de la Haute Autorité dans les conditions fixées par les articles 2044 à 2058 du code civil.

Article R161-88

L'exercice budgétaire et comptable débute le 1er janvier et s'achève le 31 décembre.

Le budget comporte la prévision des recettes attendues et des dépenses nécessitées par l'exercice des missions confiées à la Haute Autorité en santé. Il peut être modifié en cours d'année. Les crédits inscrits au budget n'ont pas de caractère limitatif.

Les délibérations du collège relatives au budget et à ses modifications sont adressées aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Article R161-89

L'agent comptable de la Haute Autorité est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

L'agent comptable est responsable personnellement et pécuniairement dans les conditions de l'article 60 de la loi n° 63-156 du 23 février 1963 portant loi de finances pour 1963 et du décret n° 64-1022 du 29 septembre 1964 relatif à la constatation et à l'apurement des débits des comptes publics et assimilés. Il est chargé de la tenue des comptabilités de la Haute Autorité, du recouvrement des droits, contributions et de toutes autres recettes, du paiement des dépenses et du maniement des fonds et des mouvements de comptes de disponibilités.

Avec l'accord du président du collège, l'agent comptable peut confier sous son contrôle la comptabilité analytique et la comptabilité matière aux services de la Haute Autorité.

L'agent comptable peut nommer des mandataires qui sont agréés par le président du collège.

Article R161-90

Les comptes de la Haute Autorité sont établis selon les règles du plan comptable général. Celui-ci peut faire l'objet d'adaptations proposées par le président du collège après avis du collège et approuvées par le ministre chargé du budget.

Les taux d'amortissement et de dépréciation ainsi que les modalités de tenue des inventaires sont fixés par le règlement comptable et financier.

L'agent comptable établit un compte financier au terme de chaque exercice. Le compte financier comprend le compte de résultat, le bilan, l'annexe, la balance générale des comptes à la clôture de l'exercice, le tableau de rapprochement des prévisions et des réalisations effectives et, le cas échéant, la balance des comptes spéciaux.

Le compte financier de la Haute Autorité est préparé par l'agent comptable et soumis par le président du collège au collège qui entend l'agent comptable. Le compte financier est arrêté par le collège. Il est transmis à la Cour des comptes par le président du collège de la Haute Autorité, accompagné des délibérations du collège relatives au budget, à ses modifications et au compte financier, et de tous les autres documents demandés par les ministres ou par la cour, dans les quatre mois qui suivent la clôture de l'exercice.

Le rapport annuel fait une présentation du compte financier et reproduit le compte de résultat et le bilan.

Article R161-91

L'agent comptable est tenu de faire diligence pour assurer le recouvrement de toutes les ressources de la Haute Autorité. Les recettes sont recouvrées par l'agent comptable soit spontanément, soit en exécution des instructions du président du collège. L'agent comptable adresse aux débiteurs les factures correspondantes et reçoit leurs règlements. Tous les droits acquis au cours d'un exercice doivent être pris en compte au titre de cet exercice.

Article R161-92

Lorsque les créances de la Haute Autorité n'ont pu être recouvrées à l'amiable, les poursuites sont conduites conformément aux usages du commerce ou peuvent faire l'objet d'états rendus exécutoires par le président du collège. Les états exécutoires peuvent être notifiés aux débiteurs par lettre recommandée avec accusé de réception. Leur recouvrement est poursuivi jusqu'à opposition devant la juridiction compétente.

Article R161-93

L'agent comptable procède aux poursuites. Celles-ci peuvent, à tout moment, être suspendues sur ordre écrit du président du collège si la créance est l'objet d'un litige. Le président du collège suspend également les poursuites si, en accord avec l'agent comptable, il estime que la créance est irrécouvrable ou que l'octroi d'un délai par l'agent comptable est conforme à l'intérêt de la Haute Autorité.

Article R161-94

Le président du collège peut décider, après l'avis conforme de l'agent comptable :

1° En cas de gêne des débiteurs, d'accorder une remise gracieuse des créances de la Haute Autorité, sauf pour les contributions mentionnées au 7° de l'article L. 161-45 et aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;

2° Une admission en non-valeur des créances de la Haute Autorité, en cas d'irrécouvrabilité avérée ou d'insolvabilité des débiteurs.

Le collège fixe le montant au-delà duquel l'une des remises mentionnées au 1° est soumise à son approbation.

Lorsque la remise gracieuse, totale ou partielle, concerne une dette de l'agent comptable, l'avis conforme prévu par l'article 8 du décret du 29 septembre 1964 relatif à la constatation et à l'apurement des débits des comptables publics et assimilés est rendu par le collège.

Article R161-95

L'agent comptable suspend le paiement des dépenses lorsqu'il constate, à l'occasion de l'exercice de ses contrôles, des irrégularités ou que les certifications délivrées par le président du collège sont inexactes. Il en informe le directeur.

Lorsque l'agent comptable a suspendu le paiement des dépenses, le président du collège peut, par écrit et sous sa responsabilité, requérir l'agent comptable de payer. L'agent comptable défère à la réquisition et rend compte au ministre chargé du budget, qui transmet l'ordre de réquisition à la Cour des comptes.

Toutefois, l'agent comptable doit refuser de déférer à l'ordre de réquisition lorsque la suspension du paiement est motivée par :

1° L'absence de justification du service fait ;

2° Le caractère non libératoire du règlement ;

3° Le manque de fonds disponibles.

Dans les cas de refus de la réquisition, l'agent comptable rend immédiatement compte au ministre chargé du budget.

Article R161-96

Toutes les dépenses doivent être liquidées et ordonnancées au cours de l'exercice auquel elles se rattachent. Les dépenses de la Haute Autorité sont réglées par l'agent comptable sur l'ordre donné par le président du collège ou après avoir été acceptées par ce dernier. Les ordres de dépenses sont appuyés des pièces justificatives nécessaires, et notamment des factures, mémoires, marchés, baux ou conventions. L'acceptation de la dépense revêt la forme soit d'une mention datée et signée apposée sur le mémoire, la facture ou toute autre pièce en tenant lieu, soit d'un certificat séparé d'exécution de service, l'une ou l'autre précisant que le règlement peut être valablement opéré pour la somme indiquée.

L'agent comptable peut payer sans ordonnancement préalable certaines catégories de dépenses dans les conditions prévues par le règlement comptable et financier.

Article R161-97

La liste des pièces justificatives de recettes et de dépenses est préparée par l'agent comptable et proposée par le président du collège à l'agrément du ministre chargé du budget. En cas de perte, destruction ou vol des justifications remises à l'agent comptable, le ministre chargé du budget peut autoriser ce dernier à pourvoir à leur remplacement. Les pièces justificatives sont conservées dans les archives de l'agent comptable pendant dix ans au moins à partir de la date de clôture de l'exercice auquel elles se rapportent.

Article R161-98

Des régies de recettes et de dépenses peuvent être créées auprès de la Haute Autorité par décision du président du collège sur avis conforme de l'agent comptable dans les conditions fixées par le décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 modifié relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics et le règlement comptable et financier.

Article R161-99

La Haute Autorité dépose ses fonds au Trésor. Elle peut également ouvrir des comptes auprès d'un établissement de crédit. Les fonds de la Haute Autorité peuvent donner lieu à rémunération et faire l'objet de placements selon les conditions générales définies par le collège.

Article R161-100

Les comptes de l'agent comptable de la Haute Autorité sont jugés directement par la Cour des comptes. Le contrôle de la gestion de l'agent comptable est également assuré par le receveur général des finances.

Article R161-101

La Haute Autorité est soumise aux dispositions de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics.

Article R161-102

La dotation globale prévue à l'article L. 161-45 est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Elle est révisée selon les mêmes modalités.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 1 : Carnet de santé.

Article R162-1-1

En application de l'article L. 162-1-1, un carnet de santé est délivré à l'assuré social et à chacun de ses ayants droit âgé de plus de seize ans par l'organisme d'assurance maladie dont il relève pour le service des prestations ; il est renouvelé en tant que de besoin.

Le carnet comporte les éléments nécessaires à l'identification de l'assuré ou de son ayant droit, à l'exclusion de son nom de famille.

Article R162-1-3

I. - Le carnet de santé d'un patient hospitalisé est rempli :

1° Dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service hospitalier, par le praticien responsable de chaque structure médicale ayant pris en charge l'intéressé ou par tout autre membre du corps médical de ladite structure, désigné par le praticien responsable ;

2° Dans les autres établissements de santé, par le ou les médecins ayant pris en charge l'intéressé.

II. - Le carnet de santé d'un patient reçu dans un établissement de santé en consultation externe est rempli par le médecin consulté.

Article R162-1-4

Les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes appelés à donner des soins à un patient auquel a été délivré le carnet de santé institué par l'article L. 161-1-1 (1) peuvent, avec l'accord du patient, avoir accès au carnet de santé de celui-ci.

Ils peuvent porter sur ce carnet, dans le respect des règles déontologiques qui leur sont respectivement applicables et sauf opposition du patient, les mentions et constatations figurant à l'article R. 162-1-2.

Les pharmaciens peuvent, dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, et avec l'accord du patient, consulter le carnet de santé de celui-ci lors de la dispensation de médicaments.

Article R162-1-5

Le modèle du carnet de santé institué par l'article L. 162-1-1 (1) est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article R162-1-6

En cas de perte ou de vol du carnet de santé, l'assuré social ou son ayant droit en informe immédiatement l'organisme d'assurance maladie auquel il est rattaché. Cet organisme procède alors au remplacement du carnet.

Section 1-1 : Médecins.

Article R162-1-7

Pour l'application de l'article L. 162-4, les médecins signalent qu'une spécialité est prescrite en dehors des indications thérapeutiques retenues pour l'inscription sur la liste des médicaments remboursables en portant sur l'ordonnance, support de la prescription, la mention de son caractère non remboursable à côté de la dénomination de la spécialité. Cette disposition ne s'applique pas aux prescriptions de spécialités pharmaceutiques non conformes à leur autorisation de mise sur le marché. Dans ce cas, le prescripteur porte sur l'ordonnance, support de la prescription, la mention : " Prescription hors autorisation de mise sur le marché " prévue à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

Article R162-1-8

Les clauses locales particulières dont peut faire l'objet la convention nationale prévue à l'article L. 162-5 résultent d'accords complémentaires signés par les caisses primaires d'assurance maladie, d'une part, et les organisations syndicales les plus représentatives des médecins de la circonscription de la caisse primaire correspondante, d'autre part.

Lorsqu'il est fait application de l'article L. 162-7, les accords complémentaires doivent être signés conjointement par la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés, la caisse de base du régime social des indépendants et la caisse de mutualité sociale agricole intéressées.

Les clauses locales particulières ne peuvent déroger aux dispositions de la convention nationale.

Elles doivent être approuvées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, pris après avis favorable des caisses et organisations signataires de la convention nationale.

Article R162-1-9

Le médecin transmet ses observations dans le délai d'un mois à compter de la notification par la caisse de ce qu'elle est susceptible de lui appliquer le régime d'accord préalable mentionné à l'article L. 162-1-15. Le médecin est entendu à sa demande par la commission à laquelle participent les professionnels de santé prévue par l'article L. 114-17-1.

Article R162-1-9-1

En application de l'article L. 162-4-4, la prolongation d'un arrêt de travail, qui n'est pas prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant donne lieu à indemnisation dans les cas suivants :

1° Lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ;

2° Lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite par le médecin remplaçant le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin remplaçant le médecin traitant ;

3° Lorsque la prolongation d'arrêt de travail est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation.

En dehors des cas mentionnés ci-dessus, lorsque la prolongation d'un arrêt de travail n'a pas été prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant, l'assuré doit justifier de l'impossibilité pour l'un ou l'autre de ces médecins de prescrire cette prolongation. Il en apporte la preuve par tous moyens à la demande de l'organisme d'assurance maladie.

Dans tous les cas, l'assuré ou le professionnel de santé sous la responsabilité de l'assuré indique sur l'avis d'arrêt de travail le motif pour lequel le médecin prescripteur de la prolongation n'est pas le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin traitant.

Article R162-1-10

Pour l'application de l'article L. 162-4-3, les organismes gestionnaires des régimes de base d'assurance maladie assurent, à l'usage des médecins conventionnés ou exerçant leur activité dans un établissement ou un centre de santé, à l'occasion des soins qu'ils délivrent, la mise en oeuvre d'un service de consultation par voie électronique des informations afférentes aux prestations délivrées à leurs bénéficiaires.

La gestion technique de l'infrastructure inter-régimes servant de relais pour l'accès aux systèmes d'information sollicités à cette fin est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les traitements mis en oeuvre à cet effet sont soumis à l'autorisation préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés qui se prononce au vu de documents, élaborés sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et précisant :

- a) Les spécifications techniques des logiciels et des mécanismes de sécurité informatique propres à garantir la confidentialité des informations échangées entre le médecin et les caisses, notamment en ce qui concerne le mode de chiffrement des flux d'informations ;
- b) Les mesures de protection renforcée applicables aux données mentionnées au 6° de l'article R. 162-1-11 et à leur acheminement ;
- c) L'historique des accès au service, de consultation ainsi que le contenu des informations consultées.

Article R162-1-11

Le relevé des données individuelles concernant le patient mis à disposition du médecin par le service porte sur la période de douze mois précédant la consultation.

Ce relevé comporte les informations suivantes :

1° Informations relatives au bénéficiaire de l'assurance maladie :

- a) Numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques ;
- b) Nom et prénom d'usage ;
- c) Date de naissance.

2° Informations relatives aux soins et prestations délivrés en ville et ayant donné lieu à remboursement ou prise en charge :

a) Pour les soins médicaux, chirurgicaux, dentaires, examens de biologie médicale, ainsi que pour les soins infirmiers et de rééducation fonctionnelle, y compris les actes et traitements à visée préventive mentionnés au 5° et au 6° de l'article L. 160-8 ;

-numéro de code et libellé de l'acte ou de la série d'actes, suivant la liste établie en application de l'article L. 162-1-7, avec indication de leur cotation, de leur date d'exécution, de la nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge, du taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, du motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré ainsi que, le cas échéant, le libellé de la spécialité du médecin ;

b) Pour les médicaments :

-dénomination de la spécialité pharmaceutique délivrée, sur la base des listes établies en application de l'article L. 162-17, avec indication de leur numéro de code et du libellé correspondant, de leur date de délivrance, de la quantité délivrée, de la nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge, du taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, du motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré ;

c) Pour les dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain, produits de santé autres que médicaments et prestations de services et d'adaptation associées :

-dénomination du dispositif ou du produit délivré, sur la base de la liste des produits et prestations établie en application de l'article L. 165-1, avec indication de leur numéro de code, de leur date de délivrance, de la nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge, du taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, du motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré.

3° Informations relatives aux soins, produits et prestations délivrés en établissement de santé, quel que soit le statut de l'établissement :

a) Date d'admission et durée du séjour ;

b) Nature du risque au titre duquel les prestations correspondantes sont prises en charge, taux de remboursement appliqué et, s'il y a lieu, motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré ;

c) Pour les soins délivrés dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 :

-indication du groupe générique servant de base à la facturation des frais d'hospitalisation suivant la classification mentionnée au 1° du même article, avec mention le cas échéant de la dénomination et du numéro de code des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation en application de l'article L. 162-22-7 ;

d) Pour les soins délivrés dans les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, mention des éléments repris du bordereau de facturation mentionné au 11° de l'article R. 161-42, et concernant :

-l'intitulé du groupe générique servant de base à la facturation des prestations ;

-le libellé et le numéro de code des actes facturés, suivant les listes établies en application de l'article L. 162-1-7, avec indication de leur cotation et de leur date d'exécution ;

-le cas échéant, la dénomination et le numéro de code des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation, en application de l'article L. 162-22-7.

4° Informations relatives aux frais de transport :

- a) Date du transport pris en charge ;
- b) Mode de transport utilisé ;
- c) Motif de la prise en charge, suivant la liste de cas prévue à l'article R. 322-10 ;
- d) Nature du risque au titre duquel la prestation est prise en charge ;
- e) Taux de prise en charge de la prestation et, s'il y a lieu, motif de la réduction ou de la suppression de la participation financière de l'assuré.

5° Informations relatives aux indemnités, allocations journalières et prestations supplémentaires servies au titre de l'article L. 321-1, de l'article L. 331-3, de l'article L. 433-1 ou de l'article L. 615-20 :

- a) Dates de début et de fin de l'arrêt de travail et nombre d'indemnités journalières versées ;
- b) Nature du risque au titre duquel la prestation est versée ;
- c) Mention du lien éventuel avec une affection de longue durée ;
- d) Mention du motif en cas de maintien de l'indemnisation dans les cas prévus aux articles L. 323-3, L. 432-9 et L. 433-1.

6° Informations relatives aux patients atteints d'une affection de longue durée :

- a) Date à laquelle a été accordé le bénéfice de la limitation ou de la suppression de la participation de l'assuré, avec indication du motif retenu en application des 3° et 4° de l'article L. 160-14, selon le fait générateur ;
- b) Libellé générique de la ou des affections, selon la liste établie en application de l'article L. 160-14 [3°] ou, pour les affections mentionnées à l'article L. 160-14 [4°], selon la codification internationale en vigueur ;
- c) Eléments du protocole de soins actualisé, établi en application de l'article L. 324-1, ainsi que la durée de ce protocole, avec indication des actes et prestations de toute nature concourant au traitement de la ou des affections concernées et auxquels s'applique la limitation ou la suppression de la participation ainsi que, le cas échéant, de la fréquence respective des actes et prestations.

Article R162-1-12

Dans le cadre de la mission d'information prévue à l'article L. 162-1-11, les organismes des différents régimes de base d'assurance maladie informent leurs ressortissants des modalités de mise en oeuvre du service de consultation prévu aux articles R. 162-1-10 et R. 162-1-11.

En outre, le médecin ayant recours à ce service est tenu d'informer ses patients à l'occasion de la réalisation des soins de l'objet et des conditions de cette procédure. Il recueille l'accord du patient, préalablement à la consultation des données le concernant. Cet accord porte sur l'ensemble de ces données. Le consentement du patient est réputé obtenu par l'utilisation de sa carte qui lui a été délivrée en application de l'article L. 161-31, sous réserve de la validité de cette dernière.

Aucune conséquence en matière de remboursement ne s'attache à cette procédure.

Article R162-1-13

Pour l'accès au service de consultation mentionné à l'article R. 162-1-10, les médecins s'identifient et s'authentifient au moyen de leur carte de professionnel de santé ou d'un dispositif d'authentification individuel offrant des garanties similaires et agréé par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article R. 161-54.

Article R162-1-14

L'accès au service ne peut être autorisé, avant chaque consultation, qu'après vérification selon les procédures décrites dans les documents mentionnés à l'article R. 162-1-10, d'une part, de la validité de la carte de professionnel de santé ou du dispositif similaire mentionné à l'article R. 162-1-13 et, d'autre part, de la validité de la carte électronique individuelle mentionnée à l'article L. 161-31 et présentée à cette fin par le patient.

Article R162-1-15

Pour l'application de la présente section, le droit d'accès aux données à caractère personnel le concernant et susceptibles d'être communiquées aux médecins auxquels il a recours s'exerce pour le bénéficiaire auprès de la caisse dont il relève pour le service des prestations d'assurance maladie ou auprès du contrôle médical pour les informations relevant du protocole de soins mentionné au 6° de l'article R. 162-1-11.

Le bénéficiaire dispose selon le cas, auprès de cette caisse ou du contrôle médical, d'un droit de rectification des données le concernant.

Section 1-2 : Soins palliatifs à domicile

Article R162-1-16

A la demande d'une personne dont l'état le requiert ou de son entourage, une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé exerçant à titre libéral ou salariés de centres de santé qui comprend notamment des médecins et des infirmiers peut être constituée selon le choix du patient pour dispenser, à son domicile, les soins palliatifs prévus à l'article L. 1110-10 du code de la santé publique.

Ces professionnels désignent en leur sein un membre de l'équipe qui assure la coordination des interventions auprès de la personne, les relations avec les autres professionnels concernés et la caisse primaire d'assurance maladie.

L'équipe de soins palliatifs à domicile fait appel, le cas échéant, aux réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins des personnes, la permanence de l'accompagnement et la continuité des soins. Les membres de l'équipe bénéficient d'actions de formation ou d'évaluation, notamment celles proposées par le réseau.

Article R162-1-17

Pour chaque patient, les professionnels de santé membres de l'équipe de soins palliatifs à domicile concluent, avec la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle réside le patient, un contrat conforme à un contrat type annexé à la présente sous-section.

a) Rémunération à l'acte, conformément aux dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels et des conventions nationales conclues entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des professions de santé, à laquelle s'ajoute un forfait pour la participation du professionnel concerné à la coordination des soins de la personne prise en charge par l'équipe de soins palliatifs à domicile ;

b) Rémunération forfaitaire des soins délivrés au patient et de la participation du professionnel concerné à la coordination de la prise en charge de la personne par l'équipe de soins palliatifs à domicile.

La rémunération du coordonnateur de l'équipe ou du centre de santé, si un salarié du centre exerce cette fonction, fait l'objet d'une majoration qui peut varier selon le nombre de professionnels de santé membres de l'équipe.

La signature du contrat entraîne le paiement des rémunérations forfaitaires visées aux précédents alinéas, à compter de la date de la demande de prise en charge du patient par l'équipe de soins palliatifs.

Article R162-1-18

La valeur mensuelle des forfaits prévus au a et au b et de la majoration prévue à l'article R. 162-1-11 est fixée, pour chaque profession ou centre de santé, par avenant à la convention nationale concernée, selon les modalités prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier (partie Législative) du code de la sécurité sociale.

La valeur de ces forfaits mensuels peut être réduite, dans des conditions définies par le contrat, pour tenir compte de périodes durant lesquelles l'état du patient n'a pas justifié l'intervention du professionnel de santé.

La caisse primaire procède au versement des rémunérations forfaitaires visées ci-dessus pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base d'états justificatifs mensuels des prestations effectuées au cours de la période considérée.

La répartition entre les régimes de la part prise en charge de l'assurance maladie en application de ce même article est effectuée chaque année suivant la répartition nationale des dotations globales hospitalières pour l'année considérée.

Article R162-1-19

Les patients bénéficiant de soins palliatifs délivrés à domicile par des professionnels exerçant à titre libéral ou salariés de centres de santé signataires d'un contrat conforme au contrat type susmentionné sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité.

Section 2 : Chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux

Sous-section 2 : Conventions départementales.

Article R162-2

A défaut de convention nationale, les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux infirmières et infirmiers, aux pédicures, aux orthophonistes et aux orthoptistes pour les soins de toute nature, y compris les soins de maternité, dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont établis, pour chaque département ou chaque circonscription de caisse primaire d'assurance maladie, par des conventions entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de mutualité sociale agricole ou, pour les groupes de professions mentionnées à l'article L. 615-1, par la caisse de base du régime social des indépendants compétente et, d'autre part, un ou plusieurs des syndicats les plus représentatifs au sens de l'article L. 133-2 du code du travail, dans la circonscription considérée, de la profession intéressée.

Ces conventions doivent, à peine de nullité, être conformes à la fois aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux clauses de conventions types établies par décret en Conseil d'Etat.

Ces conventions viennent obligatoirement à échéance à la date fixée par la convention type. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction par période d'une année.

Les clauses des conventions types sont toutes obligatoires. En cas de besoin s'y ajoutent des clauses locales relatives notamment à la délimitation géographique des zones de plaine et de montagne.

Article R162-3

Pour une même circonscription géographique, la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de mutualité sociale agricole et chaque caisse de base du régime social des indépendants compétente ont la faculté de conclure conjointement des conventions communes avec les syndicats de chirurgiens-dentistes, de sages-femmes ou d'auxiliaires médicaux, ou avec les dispensaires publics ou privés.

Dans le cas où une convention n'a été signée que par une ou plusieurs caisses, chacune des autres caisses conserve la possibilité de signer également une convention qui prend alors la forme d'une extension de la convention primitive.

Les conventions signées par les caisses de mutualité sociale agricole sont applicables, quel que soit l'organisme assureur, lorsque le bénéficiaire des soins relève du régime d'assurance maladie institué par le chapitre III.I du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime.

Article R162-4

Les conventions intervenues en application des articles R. 162-2 et R. 162-3 ainsi que les tarifs qu'elles déterminent et leurs avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par le préfet de région.

Dès leur approbation, elles sont applicables, suivant le cas, à l'ensemble des chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou des auxiliaires médicaux de la catégorie intéressée (masseurs-kinésithérapeutes, infirmières et infirmiers, pédicures, orthophonistes, orthoptistes) exerçant dans le département ou la circonscription concerné.

Cependant, dans les conditions déterminées par la convention type qui le concerne, chaque professionnel peut faire connaître à la caisse signataire qu'il n'accepte pas d'être régi par cette convention. Ces dispositions sont également applicables en cas de reconduction tacite de la convention et lorsque la convention est commune aux trois régimes, la signification est faite, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie et vaut pour les deux autres régimes.

En cas de violation grave et répétée des stipulations conventionnelles par un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un auxiliaire médical, la ou les caisses signataires peuvent, dans les conditions déterminées par la convention type, se placer hors convention à l'égard de celui-ci.

Article R162-5

Les tarifs conventionnels ne peuvent dépasser les plafonds de tarifs fixés, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget, pour chacune des professions concernées, au vu de propositions conjointes ou séparées, de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des

indépendants, de la caisse centrale de secours mutuels agricoles et des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chaque profession intéressée.

Article R162-6

En l'absence de convention, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux peuvent adhérer personnellement aux clauses de la convention type sur la base des plafonds de tarifs prévus à l'article R. 162-5.

L'adhésion personnelle est souscrite auprès de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés, de la caisse de mutualité sociale agricole ou de la caisse de base du régime social des indépendants du département ou de la circonscription intéressés. Sauf stipulation contraire, l'adhésion souscrite auprès de la caisse primaire d'assurance maladie vaut pour les deux autres caisses. La caisse primaire d'assurance maladie est tenue d'en informer lesdites caisses.

L'adhésion personnelle prend effet au reçu par l'intéressé de la lettre par laquelle la caisse destinataire en constate la régularité. Elle prend fin à la date fixée par la convention type pour l'échéance des conventions. Elle se renouvelle ensuite par périodes d'une année par tacite reconduction. Sa résiliation s'opère dans les conditions fixées par la convention type.

L'entrée en vigueur d'une convention conclue et approuvée, pour une circonscription géographique déterminée, dans les conditions prévues aux articles R. 162-2 et R. 162-3, ou d'une convention nationale dûment approuvée, met fin aux adhésions personnelles en cours.

Les caisses d'assurance maladie ont la faculté de diffuser par tous moyens appropriés la liste des chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou auxiliaires médicaux ayant souscrit une adhésion personnelle. En particulier, cette liste peut être transmise aux assurés sociaux.

Article R162-7

Des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget fixent les tarifs servant de base au remboursement des honoraires à défaut de convention ou en l'absence d'adhésion personnelle.

Article R162-8

Lorsque les soins sont fournis dans un dispensaire public ou privé, les tarifs d'honoraires sont établis par des conventions conclues entre la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de mutualité sociale agricole ou, pour les groupes de professions mentionnées à l'article L. 615-1, par la caisse mutuelle régionale compétente et le dispensaire.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget fixe les plafonds des tarifs conventionnels applicables pour les dispensaires conformément aux dispositions de l'article L. 162-32, ainsi que les tarifs applicables en l'absence de convention.

Les conventions de dispensaires et les tarifs qu'elles fixent n'entrent en application qu'après approbation, par le préfet de région.

Article R162-9

Les conventions types établies pour les sages-femmes et les auxiliaires médicaux en application du premier alinéa de l'article 21 du décret n° 60-451 du 12 mai 1960 demeurent provisoirement en vigueur.

Sous-section 3 : Commissions paritaires départementales - Commission paritaire nationale.

Article R162-10

En l'absence de convention nationale, il est institué dans chaque département respectivement pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmières et infirmiers, les pédicures, les orthophonistes et les orthoptistes, une commission paritaire composée, d'une part, de huit représentants des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, de huit représentants du ou des syndicats les plus représentatifs, dans le département de la profession considérée.

La représentation des caisses est assurée dans les conditions suivantes : cinq représentants désignés par la ou les caisses primaires d'assurance maladie des travailleurs salariés du département, deux représentants désignés par la caisse de mutualité sociale agricole et un représentant désigné d'un commun accord par les caisses de base du régime social des indépendants compétentes, dans le département, pour les groupes de professions mentionnées à l'article L. 615-1.

La qualité de membre d'une profession de santé est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

Des membres suppléants sont désignés en nombre égal à celui des membres titulaires et dans les mêmes conditions.

Peuvent assister, à titre consultatif, aux séances de la commission paritaire départementale, des membres du contrôle médical des trois régimes d'assurance maladie.

Les séances de la commission sont présidées, à tour de rôle, par un des représentants de la profession et par un représentant des caisses d'assurance maladie selon un ordre défini d'un commun accord.

Article R162-11

La commission paritaire départementale a pour mission d'harmoniser, dans un esprit de coopération mutuelle, les rapports entre les membres des professions représentées, d'une part, les assurés sociaux et les caisses d'assurance maladie, d'autre part.

D'une manière générale, et sans préjudice de l'application des dispositions des articles L. 145-1 à L. 145-8, elle a un rôle conciliateur dans les litiges survenus à l'occasion de la tarification des soins dispensés aux assurés sociaux ou portant sur les prescriptions lorsqu'il s'agit de praticiens, compte tenu notamment des dispositions de l'article L. 162-4.

Dans les conditions prévues par les conventions types, elle connaît des situations définies par ces conventions, notamment quant au respect des tarifs conventionnels, aux justifications relatives au dépassement de ces tarifs, ainsi que, pour les chirurgiens-dentistes, des dispositions particulières prévues en matière de prothèse dentaire.

Les seuls motifs de nature à justifier le dépassement des tarifs conventionnels sont les exigences particulières du malade résultant des circonstances de temps ou de lieu, ainsi que, le cas échéant, l'inscription sur la liste des bénéficiaires du droit permanent à dépassement des tarifs conventionnels.

A cet effet, la commission paritaire départementale établit et tient à jour la liste des bénéficiaires de ce droit compte tenu des conditions fixées pour son obtention par la convention type.

Les recours contre ses décisions sont portés devant la commission paritaire nationale prévue à l'article R. 162-12.

Article R162-12

En l'absence de convention nationale, il est institué respectivement pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmières et infirmiers, les pédicures, les orthophonistes et les orthoptistes une commission paritaire nationale composée, d'une part, de huit représentants des caisses nationales d'assurance maladie et, d'autre part, de huit représentants de la ou des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la professions considérée.

La représentation des caisses est assurée dans les conditions suivantes : cinq représentants désignés par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, deux représentants désignés par la caisse centrale de secours mutuels agricoles et un représentant désigné par la Caisse nationale du régime social des indépendants.

La qualité de membre d'une profession de santé est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

Des membres suppléants sont désignés en nombre égal à celui des titulaires et dans les mêmes conditions.

Le médecin conseil national de chacun des trois régimes concernés, ou son représentant, assiste à titre consultatif aux séances des commissions paritaires nationales.

Article R162-13

La commission paritaire nationale de chacune des professions concernées étudie tout problème soulevé par les rapports entre la profession et les organismes d'assurance maladie à l'occasion du fonctionnement de cette assurance.

La commission paritaire nationale statue, compte tenu des conditions fixées par la convention type pour l'obtention du droit permanent à dépassement des tarifs conventionnels, sur les recours contre les décisions prises par les commissions paritaires départementales en matière d'inscription sur la liste des bénéficiaires de ce droit.

Ces recours peuvent être formés par les caisses d'assurance maladie, les syndicats compétents ou l'intéressé.

En cas de carence d'une commission paritaire départementale dans l'établissement et la tenue à jour de la liste des bénéficiaires du droit permanent, ses attributions à cet égard sont exercées par la commission paritaire nationale.

Article R162-14

La commission départementale ou la commission nationale ne peut statuer qu'à parité des membres représentant les organismes d'assurance maladie, d'une part, et les organisations syndicales, d'autre part, et si la moitié de ses membres titulaires sont présents ou remplacés par leurs suppléants.

Article R162-15

Les modalités de fonctionnement des commissions paritaires départementales et nationale sont fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget.

Article R162-16

Les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux membres des commissions paritaires départementales et de la commission paritaire nationale ont droit à une indemnité de vacation et à une indemnité de déplacement dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget.

Section 3 : Biologiste responsable et biologistes-coresponsables

Article R162-17

I.-Le laboratoire de biologie médicale qui transmet à un autre laboratoire un échantillon biologique dans les conditions mentionnées à l'article L. 6211-19 du code de la santé publique accompagne la fiche de transmission de cet échantillon d'une copie de la prescription médicale mentionnée à l'article L. 6211-8 du même code. Lorsqu'un examen de biologie médicale est réalisé à la demande de l'assuré, la fiche de transmission mentionne l'accord de l'assuré pour cette transmission. Dans tous les cas, lorsqu'un examen n'est pas remboursé, la fiche de transmission mentionne l'accord de l'assuré dûment informé du tarif applicable.

Le laboratoire de biologie médicale qui a effectué cet examen de biologie médicale adresse au laboratoire transmetteur le compte rendu des résultats interprétés sur le papier à en-tête du laboratoire comportant le nom et la signature du biologiste médical responsable. Ce compte rendu précise, le cas échéant, les modifications de la prescription médicale effectuées par ce laboratoire et mentionne l'accord du médecin prescripteur pour ces modifications dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 6211-8 du code de la santé publique.

Le compte rendu comprenant l'intégralité des mentions précitées peut être envoyé au laboratoire transmetteur sous forme électronique.

Le laboratoire de biologie médicale qui a effectué les examens de biologie médicale informe le laboratoire transmetteur du tarif de chacun de ces examens. Les tarifs sont conformes à ceux mentionnés à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale lorsque les examens réalisés figurent sur la liste d'actes et de prestations prévue à l'article L. 162-1-7 du même code ou sont fixés avec tact et mesure lorsqu'ils n'y figurent pas.

II.-Les dispositions du I s'appliquent en cas de retransmission d'un échantillon biologique réalisée dans les conditions mentionnées aux articles L. 6211-19 et L. 6211-20 du code de la santé publique. Le laboratoire de référence ou le laboratoire de biologie médicale qui a procédé à la réalisation de l'examen de biologie médicale adresse les documents mentionnés au I directement au laboratoire de biologie médicale qui a procédé à cette transmission.

III.-Sous réserve de son dernier alinéa, les dispositions du I s'appliquent en cas de transmission d'un échantillon biologique à un laboratoire de biologie médicale établi dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui remplit les conditions mentionnées à l'article L. 6221-4. Le laboratoire de biologie médicale à l'origine de la transmission de l'échantillon biologique informe au préalable l'assuré du tarif des examens de biologie médicale qui seront réalisés par cet autre laboratoire.

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques, médecins autorisés à exercer la propharmacie

Article R162-19

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 est pris par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R162-20

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 162-20-2, la convention conclue en application des articles L. 162-16-1 et L. 162-17-4 entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique du médicament peut, à la demande de l'entreprise ou du comité, faire l'objet d'un avenant dans les conditions prévues par la convention, et notamment dans les cas suivants :

1° Inscription d'un nouveau médicament exploité par l'entreprise sur la liste prévue à l'article L. 162-17 ou renouvellement d'une inscription sur cette liste ;

2° Non-renouvellement de l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-17, ou radiation de cette liste, d'un médicament visé par la convention ;

3° Transfert à une autre entreprise de l'autorisation de mise sur le marché ou de l'exploitation d'un médicament inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-17 et visé par la convention ;

4° Modification des données prises en compte pour la fixation du prix des médicaments qui font l'objet de la convention.

Au présent article et aux articles R. 162-20-1 et R. 162-20-2, le terme d'"entreprise" désigne également le groupe d'entreprises.

Article R162-20-1

Lorsque l'évolution du prix de vente d'un médicament a été prévue par la convention, le Comité économique du médicament s'assure que les conditions d'évolution du prix fixées par la convention sont remplies. A cette fin, l'entreprise adresse les éléments d'information nécessaires au moins quarante jours avant la date d'application du nouveau prix prévue par la convention.

Le Comité économique du médicament informe l'entreprise, avant cette date, s'il considère que lesdites conditions sont remplies. Si elles le sont, le nouveau prix fait l'objet d'un avis publié au Journal officiel avant cette date.

Article R162-20-2

Lorsque le Comité économique du médicament constate la survenance d'une des situations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-17-4, il en informe l'entreprise et lui notifie une proposition d'avenant pour adapter la convention à cette situation, en lui indiquant les motivations de cette proposition.

L'entreprise dispose d'au moins un mois à compter de la date de cette notification pour présenter ses observations écrites ou demander à être entendue par le Comité économique du médicament.

A défaut de conclusion d'un avenant dans un délai de deux mois à compter de cette même date, le Comité économique du médicament peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions et proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie de fixer le prix du ou des médicaments concernés par arrêté.

Article R162-20-3

La liste des conventions signées et des avenants à ces conventions, ainsi que des médicaments qu'elles visent et de leurs prix, fait l'objet d'une publication au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale.

Article R162-20-4

Ainsi qu'il est dit à l'article R. 5123-1 du code de la santé publique :

" Art.R. 5123-1.-L'ordonnance comportant une prescription de médicaments indique, pour permettre la prise en charge de ces médicaments par un organisme d'assurance maladie, pour chacun des médicaments prescrits :

1° La posologie ;

2° Soit la durée du traitement, soit, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament au sens de l'article R. 5121-2, le nombre d'unités de conditionnement.

Toutefois, si l'une ou l'autre des mentions prévues aux 1° et 2° ou les deux font défaut, le médicament peut être pris en charge si le pharmacien dispense le nombre d'unités de conditionnement correspondant aux besoins du patient après avoir recueilli l'accord du prescripteur qu'il mentionne expressément sur l'ordonnance. Lorsque le médicament n'est pas soumis aux dispositions de l'article R. 5132-3, il peut

être pris en charge sans l'accord du prescripteur si le pharmacien délivre soit le nombre d'unités de conditionnement qui figure sur l'ordonnance sous réserve de délivrer le conditionnement commercialisé comportant le plus petit nombre d'unités de prise, soit, si le nombre d'unités de conditionnement ne figure pas sur l'ordonnance, le conditionnement comportant le plus petit nombre d'unités de prise, parmi les conditionnements commercialisés. "

Article R162-20-5

Ainsi qu'il est dit à l'article R. 5123-2 du code de la santé publique :

" Art.R. 5123-2.-L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à un mois indique, pour permettre la prise en charge de ce médicament, soit le nombre de renouvellements de l'exécution de la prescription par périodes maximales d'un mois ou de trois mois pour les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois, soit la durée totale de traitement, dans la limite de douze mois. Pour les médicaments contraceptifs, le renouvellement de l'exécution de la prescription peut se faire par périodes maximales de trois mois, quel que soit leur conditionnement.

Pour en permettre la prise en charge, le pharmacien ne peut délivrer en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à trente jours selon le conditionnement. Toutefois, les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée dans la limite de trois mois. En outre, quel que soit leur conditionnement, les médicaments contraceptifs peuvent être délivrés pour une durée de douze semaines. "

Article R162-20-5-1

Ainsi qu'il est dit à l'article R. 5123-2-1 du code de la santé publique :

Art.R. 5123-2-1.-Dans le cadre d'un traitement chronique, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien dispense les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement si les conditions suivantes sont remplies :

1° L'ordonnance comporte la prescription du médicament permettant, en application des dispositions de l'article R. 5123-2, une durée totale de traitement d'au moins trois mois ;

2° Ce médicament ne relève pas d'une des catégories mentionnées dans l'arrêté ministériel prévu à l'article L. 5125-23-1.

Le pharmacien délivre le conditionnement commercialisé comportant le plus petit nombre d'unités de prise. Il porte sur l'ordonnance la mention " délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte supplémentaire " en indiquant la ou les spécialités ayant fait l'objet de la dispensation. Il appose en outre sur l'ordonnance le timbre de l'officine et la date de délivrance.

Il informe de la dispensation le médecin prescripteur dès que possible et par tous moyens dont il dispose.

La même ordonnance ne peut donner lieu qu'à une seule dispensation en application du présent article.

Article R162-20-6

Ainsi qu'il est dit à l'article R. 5123-3 du code de la santé publique :

Art.R. 5123-3.-Sous réserve de l'application des dispositions de l'article R. 5123-2-1, le pharmacien délivre le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.

Article R162-20-7

Les médecins autorisés à exercer la propharmacie conformément aux dispositions de l'article L. 4211-3 du code de la santé publique peuvent facturer, en application de l'article L. 162-16-1-2 du présent code, l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 du même code pour chaque unité de conditionnement de médicament remboursable facturée à l'assurance maladie.

Section 5 : Etablissements de santé

Sous-section 1 : Conseil de l'hospitalisation

Article R162-21

En vue de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2 du présent code transmet chaque année, au plus tard le 15 juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale une proposition sur le montant des sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie relatifs aux dépenses des établissements de santé.

Il leur transmet également un rapport d'activité.

Article R162-22

Sont prises sur recommandation du conseil de l'hospitalisation les décisions fixant :

1° Le montant des objectifs de dépenses d'assurance maladie et des dotations nationales mentionnés au I des articles L. 162-22-2 et L. 162-22-9 et à l'article L. 174-1-1 ;

2° Le montant de la dotation nationale et des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des mesures d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements ;

3° Les éléments de tarification mentionnés au I de l'article L. 162-22-3 et aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 ;

4° Les tarifs de responsabilité des établissements de santé mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 ;

5° La classification des prestations mentionnées aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 ;

6° (abrogé)

7° La liste des structures, des programmes et des actions ainsi que des actes et produits pris en charge par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 ;

8° Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports mentionné au premier alinéa de l'article L. 322-5-5 ;

9° Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de certains produits et prestations mentionné au I de l'article L. 162-30-2 ;

10° Le taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques établi en application du b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, mentionné au II de l'article L. 162-30-2.

Article R162-23

Les recommandations relatives aux décisions mentionnées aux 1° à 4° de l'article R. 162-22 sont transmises aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard le 15 décembre de l'année précédant celle pour laquelle s'appliquent les décisions en cause. A défaut de recommandation, ces décisions sont transmises pour avis au conseil de l'hospitalisation qui dispose d'un délai de dix jours pour se prononcer.

Les recommandations relatives aux décisions mentionnées aux 5° et 7° du même article sont formulées par le conseil de l'hospitalisation de sa propre initiative ou sur saisine préalable des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le sollicitent. Dans ce cas, le conseil dispose d'un délai d'un mois pour formuler ses recommandations.

Article R162-24

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le conseil de l'hospitalisation pour avis sur les principes généraux mentionnés au 3° de l'article L. 182-2-3 relatifs aux inscriptions d'actes et prestations prévus à l'article L. 162-1-7. Le conseil dispose d'un délai d'un mois pour rendre son avis.

Article R162-25

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent demander l'avis du conseil de l'hospitalisation sur tout dossier portant sur la politique de financement des établissements de santé.

Ils transmettent au conseil les rapports et études que celui-ci estime utiles à l'accomplissement de ses missions, notamment les rapports semestriels de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, ainsi que les avis du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie.

Article R162-26

Le conseil de l'hospitalisation peut demander aux établissements publics rattachés aux ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale toute étude ou évaluation qu'il estime utile à l'accomplissement de ses missions et peut également entendre toute personne qualifiée de son choix, notamment les représentants des fédérations des établissements de santé.

Sous-section 2 : Tarification des activités de soins des établissements de santé

Article R162-28

Les établissements de santé privés sont classés compte tenu de leur nature, de leur valeur technique et de leurs qualités de confort et d'accueil. Les critères de classement sont déterminés par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget, après avis du comité national des contrats d'établissements privés visé à l'article R. 162-39.

Le classement de chaque établissement ou service d'hospitalisation privé est effectué par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du comité régional des contrats d'établissements privés mentionné à l'article R. 162-40.

Article R162-29

Les activités de soins dont les frais sont pris en charge en tout ou partie par les régimes obligatoires de sécurité sociale sur la base de tarifs nationaux, conformément aux dispositions des articles L. 162-22-6 et L. 162-22-8, sont les suivantes :

1° Les activités relevant de la médecine et des spécialités médicales, de la chirurgie et des spécialités chirurgicales, de la gynécologie-obstétrique et des spécialités gynécologiques et obstétricales, soumises ou non à autorisation en application des 1° à 3° et 8° à 19° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique ainsi que les activités d'odontologie ;

2° Les activités exercées sous la forme d'hospitalisation à domicile.

Article R162-29-1

Les activités de soins dont les frais sont pris en charge en tout ou partie par les régimes obligatoires de sécurité sociale sur la base de tarifs journaliers fixés pour chaque établissement par le directeur général de l'agence régionale de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1, sont les suivantes :

1° Les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 5° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique ainsi que toutes les activités qu'elles recouvrent ;

2° Les activités de soins de psychiatrie mentionnées au 4° de l'article R. 6122-25 du même code.

Article R162-29-2

Les activités des soins dont les frais sont pris en charge en tout ou partie par les régimes obligatoires de sécurité sociale sous forme d'une dotation annuelle de financement, conformément aux dispositions de l'article L. 174-1, sont les suivantes :

1° Les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 5° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique ainsi que toutes les activités qu'elles recouvrent ;

2° Les activités de soins de psychiatrie mentionnées au 4° de l'article R. 6122-25 du même code.

Article R162-29-3

Les activités de soins dont les frais sont pris en charge en tout ou partie par les régimes obligatoires de sécurité sociale sur la base d'un forfait global relatif aux soins fixé pour chaque établissement par le directeur général de l'agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L. 174-5 sont les activités de soins de longue durée mentionnées au 7° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique.

Article R162-30

Les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux, dans les établissements ayant conclu un contrat dans les conditions prévues à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, sont, à l'exclusion des suppléments liés à des exigences particulières du malade, égaux aux tarifs de responsabilité.

Article R162-31

Les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 sont les suivantes :

1° Le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition des moyens humains, techniques et matériels nécessaires à l'hospitalisation du patient, y compris, pour les établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, la mise à disposition des praticiens et auxiliaires médicaux et l'exécution des examens de biologie médicale.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Le montant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie au titre de ces forfaits est calculé selon les modalités suivantes :

a) Dans le cas d'une hospitalisation avec hébergement, soit sur la base d'un tarif journalier dû dès lors que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois qu'il est présent à zéro heure, soit sur la base d'un tarif dû pour chaque séjour non programmé de moins de 24 heures, soit sur la base d'un tarif dû pour chaque séjour d'une durée supérieure à 24 heures, soit sur la base d'un tarif dû pour chaque semaine d'hospitalisation ;

b) Dans le cas d'une hospitalisation sans hébergement, soit sur la base d'un tarif applicable par séance, soit sur la base d'un tarif dû pour chaque semaine au cours de laquelle une ou plusieurs séances de soins ont lieu ;

2° La fourniture et l'administration des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics. La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits. Le montant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie au titre de ces forfaits est calculé sur la base d'un tarif journalier dû dès lors que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois qu'il est présent à zéro heure ;

3° L'utilisation d'une salle de sismothérapie, représentative de la mise à disposition des moyens humains, techniques et matériels nécessaires à l'accomplissement des actes qui s'y trouvent réalisés. La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par un forfait unitaire applicable à l'acte ;

4° Le transport de sang. Pour la prise en charge de ce transport, des forfaits couvrent les frais engagés par l'établissement de santé lorsqu'il assure un tel transport. Dans ce cas, le transport ne fait pas l'objet d'une facturation par l'établissement de transfusion sanguine.

Article R162-31-1

Sont exclus de tous les forfaits mentionnés à l'article R. 162-31, à l'exception des éléments mentionnés aux a et b ci-dessous pour ceux des établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et font l'objet d'une rémunération distincte :

a) Les honoraires des praticiens et, le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement, y compris les examens de biologie médicale ;

b) Les honoraires des auxiliaires médicaux à l'exception des soins infirmiers ;

c) Les frais afférents à la fourniture des produits sanguins labiles mentionnés à l'article L. 1221-8 du code de la santé publique ;

d) Les frais afférents à la fourniture de médicaments dérivés du sang mentionnés à l'article L. 1221-8 du code de la santé publique et inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics ;

e) Les frais afférents à la fourniture de certains produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et dont la liste et les conditions de prise en charge sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

f) Les frais afférents à la fourniture des médicaments dispensés dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, notamment ceux nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation.

Article R162-31-2

Les tarifs des prestations mentionnées à l'article R. 162-31 des établissements nouvellement créés ou issus d'un regroupement entre établissements ainsi que les tarifs des prestations correspondant à des activités nouvellement autorisées ou reconnues au sein d'un établissement sont déterminés sur la base des données régionales et nationales issues du système d'information prévu aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ou, à défaut, des tarifs applicables pour les mêmes activités dans les établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 qui présentent des conditions techniques de fonctionnement équivalentes.

Article R162-31-3

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les conditions d'application des articles R. 162-31 et R. 162-31-1 à chacune des prestations prises en charge par l'assurance maladie.

Article R162-32

Les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 sont les suivantes :

1° Le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-32-1.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Ces forfaits sont facturés par séance, journée ou séjour. Ils peuvent être minorés ou majorés notamment en fonction de la durée de séjour.

Les forfaits correspondant aux prestations d'hospitalisation à domicile font l'objet d'une minoration lorsque ces prestations sont dispensées au profit d'un patient hébergé dans un établissement mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et qui bénéficie d'une autorisation délivrée par les autorités mentionnées aux b, d ou f de l'article L. 313-3 du même code, ou hébergé dans une structure expérimentale relevant de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale.

2° Les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, à l'exception des soins dispensés au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'accueil et au traitement du patient à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-32-1.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Ces forfaits sont facturés pour chaque passage non programmé dans un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences autorisé, dès lors que ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

3° Les prélèvements d'organes ou de tissus, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires au prélèvement d'organes ou de tissus et, le cas échéant, à la conservation, à la restauration et à la restitution du corps à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-32-1.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits facturés pour chaque prélèvement d'un ou plusieurs organes ou tissus.

4° Les soins non programmés non suivis d'une hospitalisation dans les établissements qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences, représentatifs de la mise à disposition de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

Ces forfaits sont facturés dès lors que certains actes nécessitant l'utilisation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation sont effectués lors des soins non programmés.

5° Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier. La prise en charge des frais résultant de l'utilisation de ces moyens est assurée par des forfaits facturés pour chaque passage à l'exception des cas où le passage est réalisé dans les conditions du 2° du présent article ;

6° Les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'administration, en environnement hospitalier, de produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 et inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, à l'exception des moyens faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions de l'article R. 162-32-1.

La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits facturés pour chaque administration d'un ou plusieurs produits ou prestations mentionnés au précédent alinéa.

Article R162-32-1

1° Sont exclus de tous les forfaits mentionnés à l'article R. 162-32 et font l'objet d'une prise en charge distincte les frais afférents à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7.

2° Sous réserve des dispositions du 4°, sont exclus des forfaits des établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, à l'exception des établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 :

-les honoraires des praticiens, y compris ceux afférents aux examens de biologie médicale, et, le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement ;

-les honoraires des auxiliaires médicaux, à l'exclusion de ceux afférents aux soins infirmiers.

3° Sont exclus des forfaits mentionnés aux 2°, 4°, 5° et 6° de l'article R. 162-32 des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 les frais afférents aux consultations et aux actes réalisés dans ces établissements à l'exclusion de ceux afférents aux soins infirmiers.

4° Sont exclus des forfaits mentionnés au 1° de l'article R. 162-32 couvrant l'activité d'hospitalisation à domicile et font l'objet d'une prise en charge distincte les honoraires des praticiens à l'exception :

a) De ceux afférents aux examens de biologie médicale ;

b) Pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, de ceux du praticien désigné par le patient pour assurer de façon continue sa prise en charge à domicile.

Article R162-32-2

Les catégories de prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical, mentionnées au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale, en sus des prestations mentionnées au 1° des mêmes articles, sont les suivantes :

1° L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation ;

2° L'hébergement, ainsi que les repas et les boissons des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée ;

3° La mise à disposition du patient, à la chambre, de moyens d'émission et de réception d'ondes radioélectriques, notamment la télévision et le téléphone ;

4° Les interventions de chirurgie esthétique mentionnées à l'article L. 6322-1 du code de la santé publique ;

5° Les prestations exceptionnelles ayant fait l'objet d'une demande écrite, dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par les tarifs des prestations de l'établissement.

Peut également donner lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale le maintien du corps du patient dans la chambre mortuaire de l'établissement, à la demande de la famille, au-delà du délai de trois jours suivant le décès prévu à l'article R. 2223-89 du code général des collectivités territoriales.

L'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations, pour lesquelles il établit une facture détaillée conformément aux dispositions de l'article L. 441-3 du code de commerce.

Les dispositions du présent article s'appliquent également aux établissements relevant des articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du présent code.

Article R162-32-3

Sans préjudice des dispositions prévues aux articles R. 162-42-10 et suivants pour les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, les modalités de contrôle par les agences régionales de santé de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements sont les suivantes :

1° L'établissement de santé offre toutes les facilités nécessaires à l'exercice des contrôles qui sont réalisés en présence du directeur de l'établissement ou de son représentant. Lors de la visite, aucune observation ne doit être faite en présence du malade ou de sa famille, ou en présence d'un tiers, membre du personnel ou non, à l'exception du directeur ou de son représentant ;

2° Les agents chargés du contrôle présentent sur place les observations utiles à la direction de l'établissement. Ils établissent, dans un délai de deux mois à compter du dernier jour de contrôle, un rapport adressé à l'établissement qui peut alors faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Article R162-32-4

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les conditions d'application des articles R. 162-32 et R. 162-32-1 à chacune des prestations prises en charge par l'assurance maladie.

Article R162-33

Les tarifs d'hospitalisation et de responsabilité doivent tenir compte du fait qu'une part des frais professionnels des praticiens et auxiliaires médicaux normalement couverte par les honoraires est supportée par l'établissement, notamment par la mise à la disposition de personnels, locaux et matériels.

Article R162-39

Il est institué un comité national des contrats d'établissements privés, composé à parts égales :

1° De représentants des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture et du budget ;

2° De représentants de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

3° De représentants du comité professionnel national de l'hospitalisation privée mentionné à l'article L. 162-22-2.

Les avis du comité sont adoptés à la majorité des deux tiers.

Ce comité est chargé :

1° De suivre l'application du contrat tripartite national, du contrat type qui lui est annexé et de l'accord annuel conclu en application de l'article L. 162-22-2 ;

2° D'émettre un avis sur les critères de classement des établissements ;

3° D'émettre un avis sur les recours formés devant le ministre chargé de la sécurité sociale contre les décisions individuelles de classement ; lorsque le comité statue à ce titre, les représentants de l'Etat ne prennent pas part au vote ; les avis sont alors adoptés à la majorité simple.

Article R162-40

Il est institué dans chaque région un comité régional des contrats d'établissements privés, composé à parts égales de représentants de l'agence régionale de santé et des organisations syndicales professionnelles les plus représentatives à l'échelon national. Les sièges réservés aux représentants des organisations professionnelles sont répartis entre celles-ci au prorata du nombre d'établissements adhérents dans la région ; toutefois, aucune organisation ne pourra disposer de moins d'un siège.

Il peut être saisi pour avis par l'agence régionale de santé ou par un établissement de santé privé au sujet de l'application des contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique.

Article R162-41

Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, le montant de l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2.

Le montant de cet objectif est déterminé en tenant compte notamment des éléments suivants :

- 1° L'état provisoire et l'évolution des charges d'assurance maladie au titre des soins dispensés l'année précédente ;
- 2° L'évaluation des charges des établissements ;
- 3° L'évaluation des gains de productivité réalisés et envisageables dans le secteur ;
- 4° Les changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ou services ou activités des établissements concernés.

Article R162-41-1

Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-41, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6, les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-3 dans le respect de l'objectif quantifié national fixé en application des dispositions de l'article L. 162-22-2.

L'évolution moyenne nationale des tarifs des prestations mentionnée au 1° du I de l'article L. 162-22-3 est déterminée en tenant compte notamment des prévisions d'évolution de l'activité des établissements de santé au titre de l'année en cours. Il peut également être tenu compte de la situation financière des établissements, appréciée, le cas échéant, par activité de soins.

Article R162-41-2

En vue de réduire les inégalités tarifaires entre les régions, les taux de l'évolution moyenne des tarifs des prestations de chaque région mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3 peuvent être modulés par rapport au taux de l'évolution moyenne nationale des tarifs des prestations, pour tenir compte de l'activité des établissements de la région appréciée à partir des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique et des besoins de santé de la population.

Pour les disciplines pour lesquelles les données mentionnées à l'article L. 6113-7 susvisé ne sont pas disponibles, le taux de l'évolution moyenne des tarifs des prestations de chacune de ces disciplines peut être modulé selon les régions, en tenant compte de l'écart entre le tarif moyen régional de la discipline considérée et le tarif moyen national.

Il peut également être tenu compte, lors de la modulation interrégionale, d'éventuels facteurs spécifiques de coûts qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations.

Lorsque des mesures tarifaires ont été prises pour certaines activités médicales en application du 1° du I de l'article L. 162-22-3, le taux de l'évolution moyenne des tarifs des prestations de chaque région est majoré ou diminué du coefficient affecté au taux d'évolution correspondant à ces mesures.

La somme des taux de l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations afférents à une activité médicale, pondérés de la part des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie

au titre des soins dispensés pour cette activité dans l'ensemble des établissements de la région considérée, pour le dernier exercice connu, dans le total des charges supportées par ces régimes au titre des soins dispensés pour cette activité, corrigées de l'effet des changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ne doit pas excéder le taux de l'évolution moyenne nationale.

Article R162-41-3

Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-41-1, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, après avis des représentants dans la région des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6, les règles générales de modulation et les critères d'évolution des tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 162-22-4.

L'arrêté du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation ainsi que les avenants tarifaires pris pour son application sont tenus de respecter les taux de l'évolution moyenne dans la région des tarifs des prestations.

La somme des taux de l'évolution tarifaire moyenne des établissements de la région fixés en application des dispositions de l'article L. 162-22-4, pondérés de la part des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés en soins de suite ou de réadaptation et en psychiatrie dans l'établissement considéré, pour le dernier exercice connu, dans le total des charges supportées par ces régimes au titre des soins dispensés en soins de suite ou de réadaptation et en psychiatrie dans les établissements de santé privés de la région, corrigées de l'effet des changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ne doit pas excéder le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations de la région. Le taux de l'évolution tarifaire moyenne de chaque établissement correspond à la somme des taux d'évolution des tarifs de chacune des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de l'établissement considéré, pondérés par la part des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans l'établissement pour cette prestation dans le total des charges supportées par ces régimes au titre des soins dispensés en soins de suite ou de réadaptation et en psychiatrie dans cet établissement au cours du dernier exercice connu.

Article R162-41-4

Le montant des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés en soins de suite ou de réadaptation et en psychiatrie par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, et sa répartition par région, établissement et nature d'activité, est communiqué par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à l'Etat, au plus tard le 31 mai pour l'état définitif des charges de l'année précédente et l'état des charges du premier trimestre de l'année en cours, et le 31 décembre pour l'état provisoire des charges de l'année. Chaque fois que l'Etat en fait la demande, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés lui communique le dernier état des charges connu.

Le montant s'apprécie à partir de la consolidation par les organismes nationaux dont relèvent les caisses mentionnées à l'article L. 174-18 des versements de ces caisses aux établissements de santé privés au titre des soins dispensés en soins de suite ou de réadaptation et en psychiatrie. La consolidation des données nationales issues des différents régimes d'assurance maladie s'effectue sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce constat peut également être effectué par la

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à partir des données fournies par le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie mentionné à l'article L. 161-28-1. Les données obtenues sont complétées par le montant des prestations restant à payer au titre des soins dispensés au cours de l'exercice considéré et correspondant à la valeur estimative des bordereaux de facturation non encore reçus, ou reçus mais non encore liquidés, ou liquidés mais non encore payés, à la clôture de cet exercice.

Article R162-41-5

En application des dispositions du dernier alinéa du II de l'article L. 162-22-3, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 peuvent être modifiés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article R162-41-6

Les tarifs de responsabilité mentionnés au II de l'article L. 162-22-5 sont fixés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé à un taux qui ne peut être inférieur à 50 % ni supérieur à 75 % de la moyenne des tarifs applicables dans la région aux établissements de même nature ayant conclu un contrat d'objectifs et de moyens ou, le cas échéant, celle des tarifs applicables dans une autre région.

Article R162-42

Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, le montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9 et le montant de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13.

Le montant de l'objectif mentionné à l'alinéa précédent est déterminé en tenant compte notamment des éléments suivants :

1° L'état provisoire et l'évolution des charges d'assurance maladie au titre des soins dispensés l'année précédente ;

2° L'évaluation des charges des établissements ;

3° L'évaluation des gains de productivité réalisés et envisageables dans le secteur ;

4° Les changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ou services ou activités des établissements concernés.

Article R162-42-1

Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-42, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 dans le respect de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9.

A cet effet, les tarifs nationaux des prestations et les montants des forfaits annuels sont déterminés en tenant compte notamment des prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique et de l'impact de l'application des coefficients géographiques aux tarifs des établissements des zones concernées.

Pour le calcul des tarifs nationaux des prestations, il peut également être tenu compte de la situation financière des établissements, appréciée, le cas échéant, par activité de soins, ou du coût relatif des prestations d'hospitalisation.

Pour le calcul du coefficient géographique, il est notamment tenu compte des surcoûts immobiliers, salariaux et fiscaux constatés dans certaines zones géographiques, ainsi que des charges spécifiques aux départements insulaires et d'outre-mer liées à l'éloignement et à l'isolement, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations des établissements des zones concernées. Ces zones sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article R162-42-1-1

La valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-42, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. La valeur de ce coefficient, qui peut être différenciée par catégorie d'établissements, est fixée en tenant compte de l'écart entre l'évolution constatée de l'activité des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 et les prévisions établies au début de chaque année ainsi que, le cas échéant, des événements susceptibles d'affecter l'activité des établissements ou l'évolution des dépenses d'assurance maladie au cours de l'année en cours.

Article R162-42-1-2

A compter de l'avis du comité d'alerte mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, le cas échéant, avant le 31 décembre de l'année en cours et après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, le montant des crédits à verser aux établissements dans la limite prévue au II de l'article L. 162-22-9-1. Ce montant peut être différencié par catégorie d'établissements.

La répartition entre les régions est effectuée au prorata de l'activité des établissements mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

Article R162-42-1-3

Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-42-1-2, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, le montant du forfait alloué en application de l'article L. 162-22-9-1. Ce forfait est réparti au prorata de l'activité de chaque

établissement mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Ce forfait est versé en une seule fois par la caisse désignée en application des articles L. 174-2 et L. 174-18.

Article R162-42-1-4

I.-Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-42, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé :

1° La valeur des seuils mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-22-9-2 exprimée en taux d'évolution ou en volume d'activité. La valeur de ces seuils peut être différenciée par région compte tenu des variations géographiques des taux de recours aux soins constatés sur certaines activités ;

2° La valeur des minorations tarifaires appliquée sur l'activité produite au-delà de ces seuils. La valeur de ces minorations est exprimée par des coefficients appliqués aux tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 ;

3° Le champ des prestations d'hospitalisation concernées, notamment celles pour lesquelles il est constaté des variations géographiques de taux de recours aux soins.

II.-La valeur de ces seuils et celle des minorations tarifaires sont déterminées en tenant compte des éléments suivants :

1° L'état de l'évolution des activités concernées constatée au titre des deux années antérieures au niveau national et au niveau régional ;

2° Les prévisions d'évolution des activités concernées au niveau national et, le cas échéant, au niveau régional pour l'année considérée.

Article R162-42-1-5

I.-L'activité produite par chaque établissement, au titre de l'année civile considérée, dans le champ des prestations concernées est mesurée :

1° Lorsque les seuils sont exprimés en volume d'activité, en nombre de forfaits mentionnés à l'article R. 162-32 pris en charge par l'assurance maladie ;

2° Lorsque les seuils sont exprimés en taux d'évolution, en montants financiers correspondant à la valorisation de l'activité produite par les tarifs nationaux de prestations mentionnés à l'article L. 162-22-10.

II.-L'activité est mesurée sur la base des données d'activité suivantes :

1° Pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, les données d'activité mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ;

2° Pour les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6, les données d'activité transmises à l'Etat par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en application des dispositions de l'article R. 162-42-2.

III.-Afin de neutraliser l'effet d'un regroupement mentionné à l'article L. 6122-6 du code de la santé publique, l'activité produite antérieurement au regroupement est mesurée à partir de la somme des données issues des activités regroupées dans le champ des prestations concernées.

Article R162-42-1-6

I.-Pour les prestations d'hospitalisation soumises à un seuil exprimé en volume d'activité, les coefficients de minoration des tarifs fixés en application de l'article R. 162-42-1-4 s'appliquent aux forfaits produits par l'établissement au-delà des seuils correspondants.

Pour les prestations d'hospitalisation soumises à un seuil exprimé en taux d'évolution, le coefficient de minoration s'applique lorsque le montant issu de la valorisation de l'activité produite au titre de l'année en cours est supérieur au montant issu de la valorisation de l'activité produite au titre de l'année précédente majoré de la valeur de ce seuil. Le coefficient de minoration s'applique à une fraction des recettes de l'assurance maladie. Cette fraction est égale au montant issu de l'application aux recettes d'assurance maladie de l'année civile considérée du ratio correspondant à l'écart entre le montant issu de la valorisation de l'activité au titre de l'année civile considérée et celui issu de la valorisation de l'activité au titre de l'année précédente majorée de la valeur de ce seuil rapporté au montant issu de la valorisation de l'activité au titre de l'année civile considérée.

Pour la détermination du montant issu de la valorisation au titre de l'année précédente, il est tenu compte de l'impact des changements de périmètre des tarifs ainsi que des évolutions tarifaires de toute nature, calculé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, mentionnée à l'article R. 6113-33 du code de la santé publique, à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du même code.

II.-Les montants des sommes dues par établissement résultant de l'application des coefficients de minoration sont déterminés sur la base des données disponibles au 15 mai de l'année suivant l'année civile considérée. Pour tenir compte du délai d'un an mentionné à l'article L. 162-25, ces montants peuvent être corrigés sur la base des données définitives disponibles au 15 mai de l'année suivante. Ces montants sont les sommes à récupérer.

Article R162-42-1-7

La minoration des tarifs prévue à l'article L. 162-22-9-2 ne s'applique pas aux établissements bénéficiant d'une nouvelle autorisation en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, entrant dans le champ des prestations concernées, délivrée pendant l'exercice considéré et les deux années précédentes.

Dans le cas d'un seuil fixé en taux d'évolution, la minoration ne s'applique pas sur la ou les prestations pour lesquelles il est constaté une baisse d'activité l'année précédant l'année civile considérée.

Article R162-42-1-8

Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe le montant des sommes à récupérer auprès de chaque établissement au titre de l'année considérée et, le cas échéant, le montant issu de la correction opérée en application de la deuxième phrase du II de l'article R. 162-42-1-6 et le communique à l'établissement, qui dispose d'un délai d'un mois pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé fixe par arrêté motivé le montant définitif des sommes à récupérer, transmet l'arrêté à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 ou L. 174-18 et le notifie à l'établissement, qui verse à la caisse les sommes correspondants aux montants dus dans un délai de deux mois suivant la notification de l'arrêté.

La caisse recouvre le montant et, à défaut de paiement de tout ou partie du montant notifié dans le délai de deux mois, procède au recouvrement des sommes dues par retenue sur les prestations à venir.

Le montant maximum des sommes à récupérer est fixé à 1 % des recettes assurances maladie afférentes à l'activité financée par les tarifs nationaux mentionnés à l'article L. 162-22-10 de l'établissement pour l'année considérée et le montant minimum en deçà duquel les sommes dues ne donnent pas lieu à récupération est fixé, en tenant compte des coûts de gestion des caisses, par un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

Article R162-42-1-9

La valeur du montant mentionné au I de l'article L. 162-22-2-1 est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-41, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. La valeur de ce montant, qui peut être différenciée selon les activités mentionnées à l'article R. 162-29-1, est fixée en tenant compte de l'écart entre l'évolution constatée de ces activités et des prévisions établies au début de chaque année ainsi que, le cas échéant, des événements susceptibles d'affecter l'activité des établissements ou l'évolution des dépenses d'assurance maladie au cours de l'année en cours.

Article R162-42-1-10

A compter de l'avis du comité d'alerte mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, le cas échéant, avant le 31 décembre de l'année en cours et après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, le montant des crédits à verser aux établissements de santé. Ce montant peut être différencié selon les activités mentionnées à l'article R. 162-29-1.

La répartition entre les régions est effectuée au prorata des montants versés par l'assurance maladie au titre des dépenses relevant de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-2 aux établissements de la région pour l'année en cours, sur la base des données transmises par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en application des dispositions de l'article R. 162-41-4.

Article R162-42-1-11

Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-42-1-10, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, le montant du forfait alloué en application des dispositions du II de l'article L. 162-22-2-1. Ce forfait est calculé au prorata des montants versés par l'assurance maladie au titre des dépenses relevant de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-2 à chacun des établissements au titre de l'année en cours. Il est versé en une seule fois par la caisse désignée en application de l'article L. 174-18.

Article R162-42-2

Le suivi des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 est assuré par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans les conditions prévues à l'article R. 162-41-4.

Article R162-42-3

Dans un délai de quinze jours suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-42, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation prise après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, le montant des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 et la part de ces dotations affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ses missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements. Lorsque le projet de décision des ministres est différent de la recommandation du conseil de l'hospitalisation, ce projet est soumis pour avis aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés.

Article R162-42-4

Dans un délai de quinze jours suivant la publication des arrêtés mentionnés aux articles R. 162-42-1 et R. 162-42-3, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, d'une part le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 et, d'autre part le montant annuel de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 dans le respect de sa dotation régionale ainsi que, le cas échéant, les forfaits et dotations attribués en application de l'article L. 162-22-8-1.

Ces forfaits et dotations sont versés en douze allocations mensuelles.

Les décisions du directeur général de l'agence régionale de santé sont motivées.

Article R162-42-5

En application des dispositions du dernier alinéa du II de l'article L. 162-22-10, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 peuvent être modifiés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article R162-42-6

Les tarifs de responsabilité mentionnés au IV de l'article L. 162-22-10 sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur recommandation du conseil de l'hospitalisation.

Article R162-42-7-1

I.-Pour l'application des dispositions de l'article L. 162-22-8-1, une activité de soins est considérée comme isolée géographiquement et réalisée par un établissement situé dans une zone à faible densité de population, lorsqu'elle est exercée par un établissement de santé autorisé à exercer cette activité en application des

dispositions des 1°, 2°, 3° ou 4° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique, si elle satisfait aux conditions cumulatives suivantes :

1° L'établissement est situé dans un territoire, défini comme l'ensemble des lieux à partir desquels il est possible de parvenir à l'établissement par un trajet routier en automobile d'une durée inférieure ou égale à 45 minutes, regroupant des établissements de santé dont la somme des activités de soins réalisées en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique, déduction faite de celles produites par l'établissement considéré, n'excède pas un niveau plafond. La durée du trajet routier en automobile est mesurée en prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses ;

2° La durée du trajet routier en automobile, mesurée dans les conditions prévues au 1°, entre cet établissement et l'établissement le plus proche exerçant la même activité est supérieure au seuil fixé pour cette activité ;

3° Pour l'activité de soins d'obstétrique, la part de l'activité produite par l'établissement excède une fraction de l'activité d'obstétrique produite dans la zone d'attractivité définie au 4° ;

4° La densité de population de la zone d'attractivité de l'établissement, définie comme l'ensemble des communes du département ou des départements limitrophes dans lesquelles résident les patients pris en charge par l'établissement et dont les séjours représentent au moins 80 % de l'activité globale produite par l'établissement, n'excède pas un niveau plafond.

II.-Les activités répondant aux critères d'isolement et d'implantation de l'établissement qui les exerce fixés au I et dont le directeur général de l'agence régionale de santé constate, après analyse de l'offre de soins existante, de son évolution prévisible sur le territoire mentionné au 1° du I, et de la situation financière de l'établissement, que le maintien est nécessaire pour assurer l'accès aux soins ou la continuité des soins, bénéficient d'un complément de financement en sus des tarifs nationaux de prestations.

Ce financement est composé d'une part fixe versée sous la forme de forfaits nationaux annuels par activité et d'une part variable versée sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional.

La liste des établissements éligibles à ce financement est fixée, pour chaque région, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé pour une durée de cinq ans. Cette liste est révisable tous les ans.

La liste et les décisions la modifiant entrent en vigueur le 1er mars suivant leur publication.

Les propositions de modification de la liste sont transmises chaque année par les directeurs généraux des agences régionales de santé au ministère chargé de la santé avant le 1er février.

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé envisage de proposer l'exclusion d'un établissement inscrit sur la liste, il notifie au préalable cette mesure à l'établissement et lui demande de faire connaître, dans les quinze jours, ses observations en réponse.

III.-Pour le calcul des forfaits nationaux annuels, il est tenu compte de seuils d'activité, déterminés sur la base des données nationales, issues du système d'information prévu aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, permettant d'équilibrer les charges et les produits afférents à l'exercice de l'activité considérée. La valeur des forfaits varie en fonction de l'écart entre ces seuils d'activité et l'activité produite par l'établissement.

La valeur de ces forfaits, qui peut être nulle, est fixée selon les modalités définies au premier alinéa de l'article R. 162-42-1.

Le montant annuel du versement au titre des forfaits est arrêté, pour chaque établissement, par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions définies à l'article R. 162-42-4. L'attribution de ce forfait annuel est subordonnée au respect par l'établissement d'engagements portant notamment sur les conditions de maintien de l'activité sur le territoire défini au 1° du I ou sur les actions de coopération à mener et, le cas échéant, sur l'amélioration de sa situation financière. Ces engagements sont inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2 du code de la santé publique.

IV.-Pour le calcul de la dotation du fonds d'intervention régional prévue au II, il est tenu compte de la réalisation des engagements prévus au III et, le cas échéant, des facteurs spécifiques de surcoûts liés à l'isolement, notamment ceux relatifs aux conditions d'emploi du personnel. Le montant de cette dotation, qui peut être nul, est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

V.-Le montant annuel cumulé des forfaits et dotations dont bénéficie un établissement en application des dispositions de l'article L. 162-22-8-1 ne peut excéder un plafond fixé en pourcentage des produits de l'activité hospitalière financés par l'assurance maladie perçus par l'établissement, après déduction du montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et du montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1.

Ces forfaits et dotations sont versés dans les conditions prévues par l'article R. 162-42-4.

Les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris dans les conditions prévues à l'article L. 175-2.

VI.-Des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précisent les conditions d'application du présent article, et notamment :

- 1° Le niveau plafond d'activité mentionné au 1° du I ;
- 2° Les modalités de calcul des durées de trajet mentionnées aux 1° et 2° du I ;
- 3° Les seuils mentionnés au 2° du I ;
- 4° La fraction d'activité prévue au 3° du I ;
- 5° Le niveau plafond de densité de population mentionné au 4° du I ;
- 6° Les seuils d'activité prévus au III ;
- 7° Les modalités de calcul des forfaits annuels prévus au III ;
- 8° Le plafond du montant annuel cumulé des forfaits et dotations mentionné au V.

Article R162-42-7-2

Le financement de l'établissement de santé figurant sur la liste des hôpitaux de proximité prévue à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique repose sur :

- 1° Une dotation forfaitaire annuelle garantie prévue à l'article R. 162-42-7-3 du présent code ;
- 2° Dans les conditions prévues à l'article R. 162-42-7-4, un complément de financement calculé à partir des tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10.

Article R162-42-7-3

I.-La dotation forfaitaire annuelle garantie comporte :

- 1° Une part correspondant à une fraction de la moyenne des recettes perçues par l'établissement au cours des deux années précédentes l'année civile considérée afférentes à la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins entrant dans le champ des prestations mentionnées au 1° de l'article R. 162-32, à l'exception des activités exercées à domicile. La fraction, applicable à l'ensemble des établissements, est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ; elle ne peut être inférieure à 50 % ;

2° Une part majorant la fraction arrêtee au a tenant compte des caractéristiques du territoire mentionnées au 2° de l'article R. 6111-24 du code de la santé publique que l'établissement dessert. Cette majoration tient également compte des engagements de coopération, de partenariat et de coordination pris par l'établissement en application des dispositions du I de l'article R. 6111-26 du même code et de ses modalités d'organisation et de fonctionnement avec les médecins pour la prise en charge de sa patientèle décrites au II de l'article R. 6111-24 du même code.

II.-Les ministres de la santé et de la sécurité sociale fixent chaque année par arrêté, le montant de l'enveloppe affectée à la dotation forfaitaire mentionnée au 1° de l'article R. 162-42-7-2 répartie par région, compte tenu des recettes mentionnées au 1° du I perçues par l'ensemble des établissements de la région inscrits sur la liste et des caractéristiques du territoire que ces établissements desservent dans cette région. Dans un délai de quinze jours suivant la publication de la liste, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête pour chaque établissement de la région, sur la base des données disponibles ou estimées, le montant de la dotation forfaitaire qui lui est alloué en précisant le montant de chaque part mentionnée au I. Cette dotation forfaitaire prend effet au 1er janvier de l'année civile considérée.

Article R162-42-7-4

Lorsqu'il résulte de l'application des dispositions de l'article L. 162-22-10 que le montant issu des données d'activité afférentes à la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins entrant dans le périmètre des prestations définies au 1° du I de l'article R. 162-42-7-3, pour l'année civile considérée, est supérieur au montant de la dotation garantie déterminé au I du même article, l'établissement bénéficie d'un complément de financement correspondant à l'écart entre ces deux montants. La comparaison entre les deux montants peut être mensuelle ou annuelle.

Article R162-42-7-5

Les modalités de versement et de répartition entre les régimes des sommes versées aux hôpitaux de proximité au titre des articles R. 162-42-7-2 à R. 162-42-7-4 par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris dans les conditions prévues respectivement aux articles L. 174-2-1 et L. 175-2.

Article R162-42-7-6

Lorsque le montant issu des données d'activité mentionné à l'article R. 162-42-7-4 est supérieur au montant de la dotation garantie déterminée dans les conditions mentionnées au I de l'article R. 162-42-7-3, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider, au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, de verser aux hôpitaux de proximité tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant issu de l'activité de médecine mentionné à l'article R. 162-42-7-4, sans application du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1, et ce même montant, minorée de ce coefficient.

Le versement de ce montant se fait dans les conditions prévues à l'article R. 162-42-1-3.

Sous-section 3 : Contrôle de la facturation

Article R162-42-8

La commission de contrôle mentionnée à l'article L. 162-22-18 est composée de deux collèges :

1° Cinq représentants de l'agence régionale de santé, désignés par son directeur général ;

2° Cinq représentants des caisses locales d'assurance maladie et du service médical, désignés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les membres de la commission sont nommés pour cinq ans. Des suppléants en nombre égal à celui des titulaires sont désignés dans les mêmes conditions. Le remplacement d'un membre de la commission, en cas de cessation de fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que sa nomination et pour la durée du mandat qui reste à courir.

Le président de la commission est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les représentants de l'agence. Il a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

La commission ne peut donner son avis que si au moins trois membres de chacun des deux collèges sont présents.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations. Ils ne peuvent pas siéger lorsqu'ils ont un intérêt personnel ou direct à l'affaire qui est examinée.

Article R162-42-9

La commission de contrôle propose au directeur général de l'agence régionale de santé le programme de contrôle régional annuel qu'elle élabore sur la base d'un projet préparé par l'unité de coordination régionale du contrôle externe placée auprès d'elle. Cette unité coordonne la réalisation des contrôles décidés par le directeur général de l'agence régionale de santé et rédige le bilan annuel d'exécution du programme de contrôle.

L'unité de coordination régionale du contrôle externe est composée, pour les deux tiers, de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission de contrôle sur proposition des membres mentionnés au 2° de l'article R. 162-42-8 et, pour un tiers, de personnels de l'agence régionale de santé. L'unité est composée en majorité de médecins et comprend notamment le médecin-conseil régional du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, le médecin-conseil régional du régime social des indépendants et le médecin coordonnateur régional des régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants.

Article R162-42-10

L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensembles de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence.

Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort. Il recherche notamment les surfacturations et les sous-facturations.

L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent. Les personnes chargées du contrôle exercent leur mission dans les conditions prévues à l'article R. 166-1.

A l'issue du contrôle, le médecin chargé de l'organisation du contrôle communique à l'établissement de santé, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport qu'il date et signe mentionnant la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle et, le cas échéant, la méconnaissance par l'établissement de santé des obligations définies à l'alinéa précédent.

A compter de la réception de ce rapport, l'établissement dispose d'un délai de trente jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. A l'expiration de ce délai, le médecin chargé de l'organisation du contrôle transmet à l'unité de coordination le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement.

Au vu de ces éléments, l'unité de coordination peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre.

Article R162-42-11

Lorsque le rapport fait apparaître des manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, des erreurs de codage ou l'absence de réalisation d'une prestation facturée, à l'origine de sommes indûment perçues, l'unité de coordination transmet, par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception, le rapport de contrôle aux caisses qui ont supporté l'indu et leur demande la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues et des sommes payées au titre des factures contrôlées. Simultanément, l'unité de coordination procède de même pour les sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon. Les caisses transmettent ces informations à l'unité de coordination dans un délai de deux mois à compter de sa demande.

La caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 fait connaître à l'unité de coordination, dans un délai de deux mois à compter de sa demande, le montant des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle et, si le contrôle porte sur des activités, des prestations en particulier ou des ensembles de séjours présentant des caractéristiques communes, les recettes annuelles d'assurance maladie au titre de l'année civile antérieure au contrôle afférentes à ceux-ci.

Sur la base de ces éléments, l'unité de coordination adresse à la commission de contrôle et au directeur général de l'agence régionale de santé le rapport mentionné à l'article R. 162-42-10, le cas échéant les observations de l'établissement, le montant maximum de la sanction encourue, déterminé conformément à l'article R. 162-42-12 et un avis sur les observations présentées par l'établissement.

Article R162-42-12

Le montant de la sanction résultant du contrôle est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la commission de contrôle.

Le directeur général de l'agence régionale de santé calcule le taux d'anomalies défini comme le quotient, d'une part, des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon, et, d'autre part, des sommes dues par l'assurance maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.

La sanction est fixée en fonction de la gravité des manquements constatés et de leur caractère réitéré, à un montant au maximum égal au montant des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes aux activités, prestations ou ensembles de séjours ayant fait l'objet du contrôle multiplié par le taux d'anomalies.

Le montant de la sanction ne peut excéder dix fois le montant des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon. Le montant de la sanction est inférieur à la limite de 5 % de la totalité des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

Ne sont pas prises en compte dans les recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement les sommes versées en application de l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale.

Article R162-42-13

I.-Le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à l'établissement en cause, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une notification comportant la date, la nature, la cause et le montant des manquements constatés, le montant de la sanction maximale encourue, en indiquant à l'établissement qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception pour demander à être entendu, s'il le souhaite, ou présenter ses observations écrites.

A l'issue du délai d'un mois à compter de ladite notification ou après audition de l'établissement en cause, lorsque celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, si le directeur général de l'agence régionale de santé décide de poursuivre la procédure, il saisit la commission de contrôle dans un délai d'un mois et lui communique les observations présentées, le cas échéant, par l'établissement.

II.-Après que le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant a présenté ses observations, et après avoir entendu, le cas échéant, l'établissement en cause dans le délai imparti, la commission de contrôle rend un avis motivé, portant notamment sur la gravité des manquements constatés, ainsi que sur le montant de la sanction envisagée. Elle adresse son avis au directeur général de l'agence

régionale de santé ainsi qu'à l'établissement dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme de ce délai, l'avis est réputé rendu.

III.-A compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce la sanction, la notifie à l'établissement dans un délai d'un mois par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception en indiquant à l'établissement la date, la nature, la cause et le montant des manquements constatés, le délai et les modalités de paiement des sommes en cause, les voies et délais de recours, ainsi que, le cas échéant, les raisons pour lesquelles il n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. Il adresse une copie de cette notification à la commission de contrôle et à la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1. Cette caisse recouvre le montant des sommes en cause.

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de sanction alors que la commission de contrôle y était favorable, il notifie sa décision à l'établissement dans un délai d'un mois et communique les motifs de son abstention à la commission de contrôle dans le même délai.

A défaut du respect par le directeur général de l'agence régionale de santé du délai d'un mois mentionné aux deux alinéas précédents, la procédure est réputée abandonnée.

IV.-Lorsqu'une décision juridictionnelle exécutoire aboutit à un montant d'indu inférieur à celui notifié initialement à l'établissement et que la sanction prenant en compte l'indu contesté a déjà été notifiée, le directeur général de l'agence régionale de santé procède au réexamen du montant de la sanction en fonction du montant d'indu résultant de la décision juridictionnelle.

Article R162-42-14

Lorsque l'établissement fait obstacle à la préparation ou à la réalisation du contrôle prévu à l'article L. 162-22-18 et exercé dans les conditions fixées à l'article R. 162-42-10, l'unité de coordination en informe le directeur général de l'agence régionale de santé, qui adresse à l'établissement, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, une mise en demeure de mettre fin à cet obstacle ou de prendre les mesures qui s'imposent dans un délai de quinze jours et en informe la commission de contrôle. Si, à l'issue de ce délai, l'établissement n'a pas déféré à la mise en demeure, la sanction mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 162-22-18 peut lui être infligée, dans les conditions fixées à l'article R. 162-42-13.

Sous-section 4 : Régulation des dépenses de médicaments et de certains produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville

Article R162-43

Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses mentionné au I de l'article L. 162-30-2 et le taux prévisionnel de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques prévu au II du même article

sont fixés, pour chaque année, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris sur recommandation du conseil de l'hospitalisation et publié au plus tard le 31 décembre de l'année précédente.

La valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits sur ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4, est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale publié au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle il s'applique.

Article R162-43-1

L'agence régionale de santé, en lien avec la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1, assure le suivi des dépenses mentionnées au I de l'article L. 162-30-2 et le suivi du volume de prescription des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 et inscrits au répertoire des groupes génériques.

Si l'évolution des dépenses résultant des prescriptions dans un établissement fait apparaître, en cours d'année, un risque sérieux de dépassement du taux prévisionnel d'évolution mentionné au I de l'article L. 162-30-2 ou si l'évolution de la structure des prescriptions de médicaments fait apparaître un risque sérieux de réalisation d'un taux de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques inférieur au taux prévisionnel mentionné au II du même article, l'agence régionale de santé en avertit l'établissement et recherche, avec lui, par quelles mesures immédiates d'amélioration des pratiques de prescription la progression des dépenses peut être contenue ou le taux prévisionnel de prescription peut être atteint.

L'agence régionale de santé établit chaque année conjointement avec la caisse mentionnée au premier alinéa, pour chaque établissement, le bilan des prescriptions dont résultent des dépenses mentionnées à l'article L. 162-30-2 remboursées sur l'enveloppe de soins de ville et le lui communique avant le 1er avril de l'année suivant l'exercice concerné.

Article R162-43-2

Si le bilan des prescriptions établi conjointement par l'agence régionale de santé et la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1 fait apparaître que la progression annuelle des dépenses est supérieure au taux prévisionnel et que le dépassement n'est pas justifié au regard de l'activité de l'établissement et des caractéristiques sanitaires de sa patientèle, le directeur général de l'agence régionale de santé peut proposer à l'établissement de conclure avec l'agence et la caisse, pour une durée de trois ans, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins comportant notamment un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses mentionné au 1° du III de l'article L. 162-30-2.

Si le bilan des prescriptions établi conjointement par l'agence régionale de santé et la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1 fait apparaître que le taux de prescription des médicaments mentionnés au II de l'article L. 162-30-2 est inférieur au taux prévisionnel et que cette situation n'est pas justifiée au regard de l'activité de l'établissement et des caractéristiques sanitaires de sa patientèle, le directeur général de l'agence régionale de santé peut proposer à l'établissement de conclure avec l'agence et la caisse, pour une durée de trois ans, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins comportant notamment un objectif de progression du volume de prescription mentionné au 1° bis du III de l'article L. 162-30-2.

Dans ces cas, après avis de la caisse, il soumet à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une proposition de contrat. Si l'établissement n'a pas conclu de contrat un mois après la réception de la proposition, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, dans

les mêmes formes, une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt et l'informant qu'il dispose d'un nouveau délai d'un mois à compter de la réception pour conclure le contrat ou, s'il le refuse, pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement de verser, à la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, une fraction du montant des dépenses mentionnées au premier alinéa du IV de l'article L. 162-30-2 résultant pendant l'année écoulée des prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville. Cette fraction est déterminée en fonction de l'ampleur du dépassement du taux prévisionnel d'évolution mentionné au I de l'article L. 162-30-2 ou de l'écart entre le taux de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques réalisé et le taux prévisionnel de prescription mentionné au II du même article et compte tenu de l'activité de l'établissement et des caractéristiques sanitaires de sa patientèle.

Le délai au terme duquel la sanction peut être prononcée est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement si elle a été demandée avant l'expiration de ce délai.

Quand, compte tenu des explications de l'établissement relatives notamment à son activité et aux caractéristiques sanitaires de ses patients, le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de pénalité, il en informe celui-ci sans délai.

La décision enjoignant le versement mentionne le délai d'un mois à compter de sa notification pour s'acquitter de la somme. Le directeur général de l'agence régionale de santé informe simultanément de cette décision la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, chargée du recouvrement.

Article R162-43-3

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-30-2, établi conformément à un contrat type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, comporte notamment, en fonction du ou des écarts constatés par rapport aux objectifs définis aux I et II de l'article L. 162-30-2 :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses mentionnées au I de l'article L. 162-30-2. Cet objectif est fixé par les signataires de chaque contrat lors de sa conclusion et actualisé par un avenant annuel proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat. L'absence d'approbation de l'avenant expose l'établissement aux mêmes pénalités que l'absence de conclusion du contrat. L'objectif annuel est déterminé de manière à rapprocher progressivement l'évolution des dépenses du taux mentionné au I de l'article L. 162-30-2, en tenant compte de l'évolution passée des prescriptions de l'établissement, de son activité, des caractéristiques sanitaires de sa patientèle et des conditions locales de la coordination des soins ;

1° bis Un objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au II de l'article L. 162-30-2. Cet objectif, exprimé sous la forme d'un nombre d'unités de conditionnement des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17, inscrits au répertoire des groupes génériques et prescrits par les professionnels de santé exerçant dans l'établissement, rapporté au nombre d'unités de conditionnement de l'ensemble des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 et prescrits par les mêmes professionnels de santé, est fixé par les signataires de chaque contrat lors de sa conclusion et actualisé par un avenant annuel proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat. L'absence d'approbation de l'avenant expose l'établissement aux mêmes pénalités que l'absence de conclusion du contrat. L'objectif annuel est déterminé de manière à rapprocher progressivement l'évolution des volumes de prescription de celle qui résulterait du taux prévisionnel mentionné au II de l'article L. 162-30-2, compte tenu de l'évolution passée des prescriptions de l'établissement, de son activité, des caractéristiques sanitaires de sa patientèle et des conditions locales de la coordination des soins.

2° Dans tous les cas, un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières au titre duquel le contrat peut prévoir des actions de sensibilisation des prescripteurs, la diffusion de règles, de référentiels et de procédures de prescription et des mesures relatives au respect de l'obligation de mentionner sur chaque ordonnance le numéro du prescripteur au répertoire partagé des professionnels de santé.

Article R162-43-4

Au terme de chaque année d'application du contrat, l'agence régionale de santé, conjointement avec la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, procède à une évaluation.

Si cette évaluation fait apparaître que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses ou n'a pas atteint l'objectif mentionné au 1° bis de l'article R. 162-43-3 faisant l'objet du contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt et l'informant qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement, en fonction du ou des écarts constatés par rapport aux objectifs définis aux 1° ou 1° bis de l'article R. 162-43-3, de verser à la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1 :

1° Soit une fraction du montant des dépenses mentionnées au premier alinéa du IV de l'article L. 162-30-2 résultant pendant l'année écoulée des prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, dans la limite du dépassement de l'objectif lorsqu'un écart est constaté par rapport à l'objectif défini au 1° de l'article R. 162-43-3 ;

2° Soit une fraction d'un montant des dépenses égal au produit du nombre d'unités de conditionnement des médicaments, dont la prescription au sein du répertoire des groupes génériques aurait été nécessaire pour atteindre l'objectif fixé en application du 1° bis de l'article R. 162-43-3, par la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments ne figurant pas sur ce répertoire fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, lorsqu'un écart est constaté entre le taux de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques réalisé et l'objectif prévu au contrat en application du 1° bis de l'article R. 162-43-3 ;

3° Soit la somme d'une fraction du montant défini au 1° et d'une fraction du montant défini au 2° lorsque des écarts sont constatés par rapport aux objectifs définis au 1° et au 1° bis de l'article R. 162-43-3.

Chaque fraction est déterminée en fonction de la nature et de l'importance des manquements de l'établissement à ses engagements figurant au contrat.

Le montant du versement établi en application du 1°, 2° ou 3° ne peut excéder 10 % des dépenses mentionnées au I de l'article L. 162-30-2.

Le délai au terme duquel la sanction peut être prononcée est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement si elle a été demandée avant l'expiration de ce délai.

Quand, compte tenu des explications de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de pénalité, il en informe celui-ci sans délai.

La décision enjoignant le versement mentionne le délai d'un mois à compter de sa notification pour s'acquitter de la somme. Le directeur général de l'agence régionale de santé informe simultanément de cette décision la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, chargée du recouvrement.

Article R162-43-5

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec la caisse mentionnée à l'article R. 162-43-1, constate que des économies ont été réalisées par rapport aux objectifs fixés au contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-30-2, il peut enjoindre à cette même caisse de verser à l'établissement de santé une fraction de ces économies, dans la limite de 30 % de leur montant. Dans ce cas, il en informe simultanément l'établissement.

Sous-section 5 : Promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions

Article R162-44

I.-Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins mentionné aux articles L. 162-1-17 et L. 162-30-4 précise :

1° Le diagnostic de la situation régionale, réalisé sur un champ thématique délimité par la commission régionale de gestion du risque mentionnée à l'article R. 1434-12 du code de la santé publique avec le concours de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins mentionnée à l'article R. 162-44-1 ;

2° Les domaines d'action prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé, en définissant les actes, prestations et prescriptions retenus qui portent, le cas échéant, sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement ;

3° Les actions communes aux domaines mentionnés au 2° et la déclinaison, pour chacun d'eux, des actions qui seront menées en précisant le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre ;

4° Lorsque les actions mentionnées au 3° impliquent un ciblage des établissements de santé, les critères permettant d'identifier :

a) Les établissements faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins mentionné à l'article R. 162-44-2, notamment ceux dont les contrats comportent des objectifs quantitatifs ;

b) Les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable prévue par l'article R. 162-44-3 ;

5° Les modalités de suivi et d'évaluation de chacune des actions mentionnées au 3°.

II.-La préparation, le suivi et l'évaluation du plan d'actions et ses révisions sont effectués par la commission régionale de gestion du risque mentionnée à l'article R. 1434-12 du code de la santé publique, après consultation de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins.

Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé pour une durée de quatre ans, après avis de la commission régionale de gestion du risque siégeant en formation plénière. Il est révisé chaque année dans les mêmes conditions.

Article R162-44-1

I.-Une instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

Elle est consultée sur le projet de plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, lors de sa préparation, de sa révision et de son évaluation. Le directeur général de l'agence régionale de santé lui communique chaque année la liste des établissements de santé ayant été ciblés en application des a et b du 4° du I de l'article R. 162-44 ainsi qu'une synthèse des résultats de l'évaluation de la réalisation des objectifs du contrat mentionné à l'article R. 162-44-2.

II.-Les membres de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins, dont le nombre ne peut excéder vingt, sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé. Elle comprend obligatoirement :

1° Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;

2° Le directeur de l'organisme ou du service, représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou son représentant ;

3° Un représentant de chacune des fédérations hospitalières représentatives au niveau régional ;

4° Un professionnel de santé exerçant au sein d'un établissement de santé de la région ;

5° Un représentant de l'une des unions régionales des professionnels de santé ;

6° Un représentant des associations d'usagers agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique au niveau régional ou, à défaut, au niveau national.

L'instance élit son président parmi les professionnels de santé qui en sont membres.

Ses avis sont adoptés à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante. L'instance ne peut valablement se prononcer que si le nombre des membres présents dépasse la moitié du nombre des membres en exercice. Dans l'hypothèse où ce nombre n'est pas atteint, il est procédé à une nouvelle convocation de l'instance, qui peut valablement se prononcer sans condition de quorum.

Elle se réunit au moins deux fois par an à l'initiative de son président ou du directeur général de l'agence régionale de santé. Son secrétariat est assuré par les services de l'agence régionale de santé.

Article R162-44-2

I.-Le directeur général de l'agence régionale de santé et le directeur de l'organisme local d'assurance maladie concluent un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins avec chacun des établissements de santé identifiés en application du a du 4° du I de l'article R. 162-44.

Le contrat d'amélioration de la pertinence des soins est établi sur la base d'un contrat type, publié par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est conclu pour une durée d'un ou deux ans et comporte :

1° Des objectifs destinés à améliorer la qualité des actes, des prestations ou des prescriptions réalisés par l'établissement de santé et la qualité des parcours ;

2° Des objectifs de réduction du nombre des actes, prestations ou prescriptions ou de substitution de ceux-ci réalisés par l'établissement de santé, lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, procède à l'une des constatations suivantes :

a) Soit un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;

b) Soit une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

Le contrat définit pour chaque objectif les indicateurs, les modalités et les données sur lesquelles se fondent leur évaluation et les sanctions encourues par l'établissement en cas de non-réalisation de celui-ci.

II.-Le directeur général de l'agence régionale de santé soumet à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une proposition de contrat élaborée dans les conditions mentionnées au I. Le représentant légal de l'établissement dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition pour conclure le contrat ou, s'il le refuse, pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

Si l'établissement n'a pas conclu de contrat dans le délai d'un mois, ou si compte tenu des explications de l'établissement relatives notamment à son activité et aux caractéristiques sanitaires de ses patients le directeur général de l'agence régionale de santé décide de maintenir sa proposition, ce dernier lui notifie, dans les mêmes formes, sa décision accompagnée de la proposition de contrat, le cas échéant amendée. Si l'établissement n'a pas conclu le contrat dans un délai de quinze jours à compter de la notification, le directeur général de l'agence régionale de santé lui notifie la pénalité qu'il encourt et le nouveau délai de quinze jours dont il dispose pour conclure le contrat.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé enjoint à l'établissement de verser à la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 une pénalité financière dans la limite de 1 % des produits des régimes obligatoires d'assurance maladie qu'il a reçus au titre du dernier exercice clos. Il informe simultanément de cette décision ladite caisse qui procède au recouvrement.

III.-La réalisation des objectifs du contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle, effectuée par l'organisme local d'assurance maladie conjointement avec l'agence régionale de santé. L'établissement signataire du contrat peut en outre procéder à son autoévaluation, dont les résultats sont transmis à l'agence régionale de santé et à l'organisme local d'assurance maladie comme élément d'analyse complémentaire.

Lorsque cette évaluation nécessite un retour au dossier médical, le directeur de l'établissement désigne, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement ou du président de la conférence médicale d'établissement, un ou plusieurs professionnels de santé exerçant au sein de l'établissement évalué pour y assister.

IV.-A l'issue de l'évaluation, le directeur général de l'agence régionale de santé transmet au représentant légal de l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, un rapport d'évaluation établi conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie mentionnant la période, l'objet et les résultats de l'évaluation et, le cas échéant, la non-réalisation par l'établissement de santé des objectifs définis au I et les sanctions encourues.

Le représentant légal de l'établissement assure la diffusion de ce rapport auprès des professionnels de santé concernés au sein de l'établissement et dispose d'un délai de trente jours à compter de sa réception pour faire connaître, le cas échéant, ses observations.

A l'expiration de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie :

1° Soit engager la procédure de mise sous accord préalable, dans les conditions prévues par l'article R. 162-44-3, au titre du champ thématique concerné par les manquements constatés ;

2° Soit prononcer une sanction pécuniaire dans les conditions prévues au II de l'article L. 162-30-4, auquel cas il en informe la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1, qui procède au recouvrement des sommes dues.

V.-Les établissements de santé qui ne sont pas ciblés en application des critères mentionnés au a du 4° du I de l'article R. 162-44 et qui souhaitent conclure un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins en font la demande auprès du directeur général de l'agence régionale de santé. Les dispositions prévues au IV du présent article ne sont pas appliquées en cas de non-réalisation des objectifs du contrat conclu avec l'établissement volontaire.

Article R162-44-3

Le directeur général de l'agence régionale de santé notifie à l'établissement ciblé en application des critères mentionnés au b du 4° du I de l'article R. 162-44, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, la liste des actes, prestations ou prescriptions pour lesquels il envisage la mise en œuvre de la procédure de mise sous accord préalable.

Le représentant légal de l'établissement peut présenter ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la notification.

A l'expiration de ce délai et après avis de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, sa décision. La décision est motivée. Elle précise au représentant légal de l'établissement, qui en informe dans les meilleurs délais les professionnels concernés, la date effective d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, les actes, prestations ou prescriptions concernés, la procédure applicable ainsi que les voies et délais de recours.

Le directeur général de l'agence régionale de santé fait connaître, simultanément, sa décision au directeur de l'organisme local d'assurance maladie et au service du contrôle médical placé auprès de ce dernier.

Article R162-44-4

Les sanctions mentionnées au septième alinéa de l'article L. 162-1-17 sont applicables lorsque l'établissement de santé faisant l'objet d'une mise sous accord préalable en application de l'article R. 162-44-3 délivre des actes, prestations ou prescriptions malgré une décision de refus de prise en charge, et lorsqu'il omet, en l'absence d'urgence, de solliciter l'accord du service du contrôle médical placé près de l'organisme local d'assurance maladie.

Article R162-44-5

Pour l'application de la présente sous-section à :

1° Saint-Pierre-et-Miquelon :

-les compétences dévolues à l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins mentionnées à l'article R. 162-44-1 sont exercées par la conférence territoriale de la santé et de l'autonomie mentionnée à l'article L. 1441-2 du code de la santé publique ;

-les références à l'agence régionale de santé et au directeur général de l'agence régionale de santé sont remplacées respectivement par les références à l'administration territoriale de santé et au représentant de l'Etat à Saint-Pierre-et-Miquelon ;

-les mots : " à l'agence régionale de santé " et " au directeur général de l'agence régionale de santé " sont remplacés respectivement par les mots : " à l'administration territoriale de santé " et " le représentant de l'Etat à Saint-Pierre-et-Miquelon " ;

-les références à la commission régionale de gestion du risque sont remplacées par les références à la commission territoriale de gestion du risque ;

-les références au plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins sont remplacées par les références au plan d'actions pluriannuel territorial d'amélioration de la pertinence des soins ;

2° La Réunion et Mayotte :

-à l'article R. 162-44, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

" Le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins comporte un volet particulier applicable à La Réunion et un volet particulier applicable à Mayotte. " ;

-après le troisième alinéa de l'article R. 162-44-1, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

" Elle comprend également le directeur de la caisse de sécurité sociale de Mayotte. " ;

-les contrats d'amélioration de la pertinence des soins pris en application du volet particulier applicable à La Réunion sont établis par le directeur de l'agence de santé de l'océan Indien et la caisse générale de sécurité sociale de La Réunion ;

-les contrats d'amélioration de la pertinence des soins pris en application du volet particulier applicable à Mayotte sont établis par le directeur de l'agence de santé de l'océan Indien et la caisse de sécurité sociale de Mayotte ;

-les mots : " à l'agence régionale de santé " et " au directeur général de l'agence régionale de santé " sont remplacés respectivement par les mots : " à l'agence de santé de l'océan Indien " et " au directeur de l'agence de santé de l'océan Indien " ;

3° La Guadeloupe, Saint-Barthélemy, Saint-Martin :

-les références à l'agence régionale de santé et au directeur général de l'agence régionale de santé sont remplacées respectivement par les références à l'agence de santé de Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin et au directeur de l'agence de santé de Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin ;

-les références au plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins sont remplacées par les références au plan d'actions pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins de Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy.

Sous-section 6 : Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Article R162-45

L'agence régionale de santé apprécie au moins tous les deux ans le niveau de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 au regard des risques suivants :

1° Le risque infectieux mesuré par des indicateurs relatifs aux infections associées aux soins ;

2° Le risque médicamenteux mesuré par des indicateurs relatifs à la prise en charge thérapeutique des patients ;

3° Le risque de rupture de parcours de soins du patient mesuré par des indicateurs relatifs à l'organisation et à la continuité de sa prise en charge.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, après avis de la Haute Autorité de santé, les indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins pris en compte pour évaluer les risques mentionnés, ainsi que les valeurs limites que doivent atteindre les établissements.

Article R162-45-1

I.-Lorsque l'agence régionale de santé constate qu'un établissement mentionné au 1° de l'article L. 162-22 n'atteint pas une ou plusieurs des valeurs fixées par l'arrêté mentionné à l'article L. 162-30-3, elle notifie à l'établissement les risques identifiés par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

L'établissement dispose d'un délai de trente jours, à réception de la notification de l'agence régionale, pour proposer un projet de contrat d'amélioration des pratiques comportant les engagements mentionnés à l'article R. 162-45-2.

Lorsque l'établissement de santé n'a pas proposé de projet de contrat, ce dernier est proposé par le directeur général de l'agence régionale de santé dans un délai de trente jours après expiration du délai indiqué au deuxième alinéa.

Dans un délai de trente jours après réception par l'agence du projet de contrat proposé par l'établissement de santé ou après réception par l'établissement de santé du projet de contrat proposé ou, le cas échéant, modifié par l'agence, le directeur général de l'agence régionale de santé et le représentant légal de l'établissement de santé signent le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé pour une durée maximale de quatre ans, après avis de la conférence médicale d'établissement ou de la commission médicale d'établissement.

II.-En cas de refus de l'établissement de signer le contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avoir mis l'établissement en mesure de présenter ses observations, prononcer une pénalité financière proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements aux objectifs de qualité et de sécurité des soins mentionnés à l'article R. 162-45 et fixée dans la limite de 1 % des produits reçus par l'établissement de santé de la part des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos. La pénalité retenue est notifiée à l'établissement par arrêté motivé du directeur général de l'agence régionale de santé.

Le directeur de l'agence régionale de santé fait connaître sa décision dans les plus brefs délais à la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 chargée du recouvrement des sommes dues.

Article R162-45-2

I.-Le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé, conforme au contrat type mentionné au I de l'article L. 162-30-3, fixe son calendrier d'exécution, les objectifs qualitatifs et quantitatifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le plan d'action pour les atteindre.

Chaque année, l'établissement de santé informe l'agence régionale de santé de l'atteinte des objectifs au regard du calendrier d'exécution fixé. En cas de non-respect de ses engagements par l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé met en demeure l'établissement de réduire les écarts constatés dans un délai maximal d'une année.

II.-A l'issue du délai fixé, en cas de non-respect de ses engagements par l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer à son encontre une pénalité correspondant à une fraction du montant des produits versés par l'assurance maladie au cours de la dernière année d'exécution du contrat, proportionnée à l'ampleur et à la gravité des manquements constatés et dans la limite de 1 % de ces produits.

III.-La pénalité est calculée selon le nombre de risques non complètement traités figurant au contrat d'amélioration des pratiques et selon le degré de mise en œuvre des actions d'amélioration par l'établissement.

Le montant maximal des pénalités pouvant être retenu est fixé dans le tableau suivant :

	CAPES SIGNÉ SUR 1 RISQUE	CAPES SIGNÉ SUR 2 RISQUES	CAPES SIGNÉ SUR 3 RISQUES
Actions d'amélioration			
Pas du tout mises en œuvre	0,33 %	0,66 %	1 %
Partiellement mises en œuvre	0,16 %	0,33 %	0,50 %
Complètement mises en œuvre	0 %	0 %	0 %

Le montant de la pénalité envisagée est communiqué à l'établissement par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. L'établissement transmet ses observations écrites, dans les mêmes formes, à l'agence régionale de santé dans les trente jours suivant cette réception. La pénalité retenue est fixée par arrêté motivé du directeur général de l'agence régionale de santé. Cet arrêté est notifié à l'établissement.

Le directeur général de l'agence régionale de santé fait connaître sa décision dans les plus brefs délais à la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 chargée du recouvrement des sommes dues.

Article R162-45-3

Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 sont éligibles à la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-20 lorsqu'ils remplissent, au 15 novembre de l'année civile considérée, les conditions cumulatives suivantes :

1° Etre certifié par la Haute Autorité de santé à l'issue de la procédure mentionnée à l'article L. 6113-3 du code de la santé publique, avec le niveau de certification requis ;

2° Avoir procédé au recueil de l'ensemble des indicateurs obligatoires, dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant le 1er décembre précédant l'année civile considérée. Cet arrêté identifie, parmi les indicateurs obligatoires :

a) Ceux dont les résultats doivent être mis à disposition du public en application des articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique ;

b) Ceux retenus pour le calcul du montant de la dotation complémentaire ;

3° Ne pas avoir fait l'objet d'une invalidation par l'agence régionale de santé du recueil d'un ou plusieurs des indicateurs retenus pour le calcul du montant de la dotation en application de l'article R. 162-45-4 dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé.

Article R162-45-4

I.-Le montant de la dotation complémentaire prévue par l'article L. 162-22-20 alloué à chaque établissement de santé répondant aux critères d'éligibilité mentionnés à l'article R. 162-45-3 est déterminé en fonction :

1° Des résultats de l'établissement au regard des critères d'appréciation retenus, composés des indicateurs obligatoires mentionnés au b du 2° de l'article R. 162-45-3 et du niveau de certification de l'établissement. Ces critères peuvent faire l'objet d'une pondération ;

2° De l'évolution des résultats obtenus par l'établissement au regard des critères mentionnés à l'alinéa précédent mesurés au cours de l'année civile considérée comparativement aux dernières mesures disponibles. Ces critères peuvent faire l'objet d'une pondération ;

3° De l'activité produite par l'établissement de santé, mesurée par le montant financier correspondant à la valorisation de l'activité produite par l'établissement au cours de l'année civile précédant l'année considérée sur la base des tarifs nationaux mentionnés à l'article L. 162-22-10.

II.-En application de l'arrêté mentionné à l'article R. 162-45-5, chaque établissement éligible se voit attribuer un taux de rémunération associé aux résultats agrégés mentionnés aux 1° et 2° du I, ou un taux associé aux résultats de l'établissement mentionnés au 1° du I et un taux de rémunération associé à l'évolution des résultats mentionnée au 2° du I.

Le montant de la dotation alloué à chaque établissement est déterminé par l'application de ce ou ces taux de rémunération au montant financier mentionné au 3° du I.

III.-Au plus tard le 15 décembre de l'année civile considérée, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, le montant de la dotation complémentaire qui lui est alloué. Ce montant est versé en une seule fois par la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève en application des articles L. 174-2 et L. 174-18.

Article R162-45-5

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine, après avis de la Haute Autorité de santé, au plus tard le 31 décembre de l'année précédant l'année civile considérée :

1° Le niveau de certification requis pour l'application de l'article R. 162-45-3 ;

2° Les coefficients de pondération appliqués aux critères mentionnés aux 1° et 2° de l'article R. 162-45-4 ;

3° Les modalités de détermination et la valeur des taux de rémunération mentionnés au II de l'article R. 162-45-4, qui peut être exprimée sous forme de fourchette et peuvent être différenciées en fonction du périmètre des résultats disponibles des indicateurs obligatoires mentionnés au b du 2° de l'article R. 162-45-3 ;

4° Le montant plancher et le montant plafond de la dotation allouée à chaque établissement.

Cet arrêté, qui peut être pluriannuel, peut être modifié lorsqu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, constaté dans les conditions prévues au II bis de l'article L. 162-22-10.

Sous-section 7 : Inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7

Article R162-45-6

I.-La liste des spécialités pharmaceutiques prévue à l'article L. 162-22-7 et leurs conditions de prise en charge sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II.-L'inscription d'une indication ou de plusieurs indications thérapeutiques d'une spécialité pharmaceutique sur la liste mentionnée au I peut être sollicitée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale par l'entreprise qui exploite la spécialité pharmaceutique, ou initiée par ces ministres.

III.-La demande d'inscription est adressée au ministre chargé de la santé par tout moyen permettant de donner une date certaine à cette demande. Le ministre en accuse réception. La demande précise l'indication ou les indications thérapeutiques concernées. Elle est accompagnée d'un dossier qui comporte les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'inscription de la spécialité pharmaceutique dans la ou les indications considérées prévues aux articles R. 162-45-8 et R. 162-45-9. Le dossier est également accompagné des prix pratiqués en Allemagne, en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni s'ils sont disponibles, d'éléments d'impact financier sur l'assurance maladie ainsi que, le cas échéant, du montant de l'indemnité maximale mentionnée à l'article L. 162-16-5-1.

IV.-Dans le cas où les éléments d'appréciation communiqués par l'entreprise qui exploite la spécialité pharmaceutique sont estimés insuffisants, le ministre chargé de la santé notifie immédiatement au demandeur les renseignements complémentaires détaillés requis. Le délai prévu à l'article R. 162-45-7 est alors suspendu à compter de la date de réception de cette notification et jusqu'à la date de réception des informations complémentaires demandées.

Article R162-45-7

L'arrêté portant inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 et le tarif de responsabilité de la spécialité pharmaceutique prévu à l'article L. 162-16-6 sont publiés simultanément au Journal officiel dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception par le ministre chargé de la santé de la demande mentionnée à l'article R. 162-45-6.

Article R162-45-8

I.-L'inscription d'une ou plusieurs indications d'une spécialité pharmaceutique bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 est subordonnée au respect de l'ensemble des conditions suivantes :

1° La spécialité, dans la ou les indications considérées, est susceptible d'être administrée majoritairement au cours d'hospitalisations mentionnées au 1° de l'article R. 162-32 ;

2° Le niveau de service médical rendu de la spécialité dans la ou les indications considérées, apprécié au regard des critères mentionnés au I de l'article R. 162-45-9 est majeur ou important ;

3° Le niveau d'amélioration du service médical rendu de la spécialité dans la ou les indications considérées, apprécié au regard des critères mentionnés au II de l'article R. 162-45-9 est majeur, important ou modéré. Il peut être mineur si l'indication considérée présente un intérêt de santé publique et en l'absence de comparateur pertinent. Il peut être mineur ou absent lorsque les comparateurs pertinents sont déjà inscrits sur la liste ;

4° Un rapport supérieur à 30 % entre, d'une part, le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée par hospitalisation et, d'autre part, les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée, mentionnés au 1° de l'article L. 162-22-10 et applicables l'année en cours. Pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, les tarifs de référence sont ceux mentionnés au présent 4°, majorés des éléments mentionnés aux 2° et 3° de l'article R. 162-32-1.

II.-Sont présumés remplir les conditions mentionnées au I du présent article dans l'indication ou les indications considérées :

1° Les spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique lorsque la spécialité de référence est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;

2° Les médicaments biologiques similaires définis au a du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique lorsque le médicament biologique de référence est inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;

3° Les nouveaux dosages ou les nouvelles présentations concernant les indications de spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;

4° Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle lorsque la spécialité correspondante disposant d'une autorisation de mise sur le marché en France est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7.

Article R162-45-9

I.-L'appréciation du service médical rendu mentionné au 2° du I de l'article R. 162-45-8 prend en compte l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et son intérêt pour la santé publique.

II.-L'appréciation de l'amélioration du service médical rendu mentionnée au 3° du I de l'article R. 162-45-8 s'appuie sur une comparaison du médicament, en termes de service médical rendu, avec tous les comparateurs pertinents au regard des connaissances médicales avérées que sont les médicaments, les produits, les actes et les prestations.

III.-Pour apprécier le service médical rendu et l'amélioration du service médical rendu il est tenu compte de l'évaluation mentionnée à l'article R. 163-18 de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

Article R162-45-10

Il peut être procédé à la radiation d'une ou plusieurs indications, considérée individuellement, d'une spécialité de la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, à l'initiative des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ou à la demande de l'entreprise qui exploite la spécialité dans l'un des cas suivants :

1° La condition prévue au 1° du I de l'article R. 162-45-8, attendu lors de l'inscription de la ou des indications de la spécialité pharmaceutique sur la liste, n'est pas remplie ;

2° Les conditions prévues au 2° ou 3° du I de l'article R. 162-45-8 ne sont pas remplies ;

3° Pour chacune des prestations mentionnées au 1° de l'article R. 162-32 qui, en cumul, représentent 80 % des administrations de la spécialité dans l'indication considérée, la spécialité est administrée dans au moins 80 % des hospitalisations donnant lieu à la production d'une prestation ;

4° La condition mentionnée au 4° du I de l'article R. 162-45-8 n'est pas remplie ;

5° La ou les indications de la spécialité pharmaceutique entraînent des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.

Pour les conditions mentionnées aux 1°, 3°, 4° et 5° du présent article, les données considérées sont celles issues notamment du système d'information prévu aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

Article R162-45-11

Les décisions portant refus d'inscription, total ou partiel, sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, ou radiation d'une ou plusieurs indications d'une spécialité pharmaceutique de cette liste sont notifiées à l'entreprise avec la mention des motifs de ces décisions ainsi que des voies et délais de recours qui leur sont applicables. Dans le cas de décisions portant refus d'inscription, la notification est faite dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande.

Sous-section 8 : Inscription des produits et prestations sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7

Article R162-45-12

La liste des produits et prestations et les conditions de prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article R162-45-13

I.-L'inscription d'un produit ou d'une prestation sur la liste visée au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 peut être demandée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale par l'entreprise qui exploite le produit ou la prestation concernée, ou initiée par ces ministres.

II.-La demande d'inscription est adressée au ministre chargé de la santé par tout moyen permettant de donner une date certaine à cette demande. Le ministre chargé de la santé en accuse réception. La date de réception constitue le point de départ du délai de cent quatre-vingts jours mentionné au dernier alinéa de l'article L. 165-2. Elle est accompagnée d'un dossier qui comporte les informations nécessaires pour apprécier les conditions d'inscription du produit ou de la prestation. Elle peut également être accompagnée des prix pratiqués à l'étranger et d'éléments d'impact financier sur l'assurance maladie.

III.-Dans le cas où les éléments d'appréciation communiqués par l'entreprise qui exploite le produit ou la prestation sont estimés insuffisants, le ministre chargé de la santé notifie immédiatement au demandeur les renseignements complémentaires détaillés requis. Le délai mentionné au II est suspendu à compter de la date de réception de cette notification et jusqu'à la date de réception des informations complémentaires demandées.

Section 6 : Actions expérimentales

Sous-section 1 : Actions expérimentales définies à l'article L. 162-31

Article R162-46

L'agrément mentionné à l'article L. 162-31 est accordé par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de la santé pour une durée limitée renouvelable. Le silence gardé pendant plus de six mois sur la demande d'agrément vaut décision de rejet.

Cet agrément peut être retiré par les ministres précités avant l'échéance fixée, soit au vu des résultats de l'évaluation et suivant la procédure définie à l'article R. 162-50, soit si les conditions que prévoit l'agrément cessent d'être remplies.

Article R162-47

Les demandes d'agrément des actions expérimentales, qu'elles soient essentiellement médicales ou qu'elles associent soins, prévention, éducation sanitaire ou aide d'ordre social, précisent les objectifs de l'expérimentation, ses formes d'intervention, les moyens d'évaluation de ses résultats, les charges prévisionnelles ainsi que les modalités prévues pour leur financement.

Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'agriculture recueillent sur ces demandes les avis, soit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la caisse centrale de secours mutuels agricoles, soit de l'une ou de deux seulement d'entre elles en fonction du champ d'application des actions expérimentales envisagées.

Article R162-48

La convention mentionnée à l'article L. 162-31 concernant la couverture forfaitaire des dépenses de soins afférentes aux actions expérimentales est conclue entre la personne physique ou morale titulaire de l'agrément et la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de base du régime social des indépendants et la caisse de mutualité sociale agricole. Cette convention peut n'être signée que par une ou deux de ces caisses seulement si l'action expérimentale agréée est limitée aux seuls ressortissants de ces organismes.

Elle est prévue pour la durée fixée par l'agrément mentionné à l'article R. 162-46 et définit les obligations respectives des parties, notamment le montant prévisionnel des soins dispensés dans le cadre de l'action expérimentale, les modalités de règlement des dépenses correspondantes et la répartition des charges entre les parties signataires dans les conditions définies à l'article R. 162-49.

La dotation couvrant les dépenses de soins est fixée pour l'année civile sauf pour la première année de mise en oeuvre d'une expérience débutant en cours d'exercice. Les dotations suivantes font l'objet d'avenants.

La convention, ainsi que ses avenants, entrent en vigueur après approbation par le directeur général de l'agence régionale de santé de la région où se déroule l'action expérimentale.

Article R162-49

Les dépenses forfaitaires de soins supportées par les caisses signataires de la convention sont réparties entre elles au prorata du nombre d'assurés et ayants droit relevant de chacune d'elles et ayant bénéficié de l'action expérimentale.

Article R162-50

Il est procédé une fois par an à l'évaluation des résultats des actions expérimentales, de leur coût et de leurs modalités de réalisation.

Un rapport annuel d'activité est établi par la personne physique ou morale titulaire de l'agrément et remis, avant le 1er octobre, directeur général de l'agence régionale de santé de la région où se déroule l'action expérimentale. Ce dernier le transmet au président du conseil départemental, ainsi qu'aux maires des communes du lieu de l'expérience pour être soumis au conseil départemental et aux conseils municipaux intéressés, aux organismes d'assurance maladie signataires de la convention et aux syndicats représentatifs sur le plan local des professions de santé associés aux expériences qui lui font connaître leurs observations éventuelles dans le délai de deux mois suivant la réception du rapport. Ce rapport est également adressé au directeur régional des affaires sanitaires et sociales compétent.

Le rapport d'activité accompagné des observations mentionnées à l'alinéa précédent est adressé par le directeur général de l'agence régionale de santé au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'agriculture qui consultent soit la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale du régime social des indépendants et la caisse centrale de secours mutuels agricoles, soit l'une ou deux seulement d'entre elles, en fonction du champ d'application de l'action agréée.

Section 7 : Tarification des soins et agrément des appareils.

Article R162-51

Les établissements de santé peuvent organiser des consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 pour permettre aux malades, blessés et femmes enceintes en état de se déplacer soit de venir recevoir des soins, soit de faire établir le diagnostic d'une affection et prescrire le traitement approprié.

Les tarifs des actes et consultations mentionnés au premier alinéa sont ceux déterminés en application de la présente section et des articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1. Les majorations de tarifs prévues en application de ces articles sont applicables aux consultations et actes dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article R162-52

I. # Les tarifs fixés en application des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 sont déterminés d'après une liste des actes et prestations établie dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7.

Cette liste peut comporter des majorations pour les actes accomplis dans des circonstances spéciales ou par certaines catégories de praticiens, en raison de leurs titres, de leur valeur scientifique, de leurs travaux ou de leur spécialisation. Elle détermine, en pareil cas, les conditions d'application de ces majorations.

La liste peut également comporter des prescriptions de nature à faciliter le contrôle médical de certains actes.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent I, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

I bis. # Les procédures d'inscription sur la liste et de tarification prévues aux articles L. 162-1-7-1 et L. 162-1-8 s'appliquent aux actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un dispositif médical pour lesquels la Haute Autorité de santé a prononcé en application du c du 2° de l'article R. 162-52-1 une amélioration du service attendu majeure, importante ou modérée.

II. # Avant de procéder aux consultations rendues obligatoires par le troisième alinéa de l'article L. 162-1-7, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe de son intention d'inscrire un acte ou une prestation, d'en modifier les conditions d'inscription ou de procéder à sa radiation les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des professionnels de santé, les organisations représentatives des professionnels de santé autorisés à pratiquer l'acte ou la prestation et les organisations représentatives des établissements de santé.

Les avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire sont rendus au plus tard à la fin du sixième mois qui suit la date à laquelle elles sont saisies par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. A titre exceptionnel, lorsque des travaux supplémentaires sont nécessaires, la Haute Autorité de santé peut rajouter à ce délai un délai supplémentaire qui ne peut excéder six mois. Passé ces délais, les avis sont réputés rendus.

Lorsque l'acte ou la prestation est nécessaire à l'utilisation d'un produit inscrit à la liste prévue à l'article L. 165-1 pour lequel l'amélioration du service attendu ou rendu est majeure ou importante, au sens des articles R. 165-11 et R. 165-11-1, l'avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire est rendu au plus tard vingt et un jours à compter de la date à laquelle elle a été saisie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ce délai s'applique également lorsque l'acte est nécessaire à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un dispositif médical et que sont applicables les procédures prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7-1 et à l'article L. 162-1-8. Passé ce délai, l'avis est réputé rendu.

Ces avis sont adressés aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ainsi qu'aux autres personnes morales mentionnées au premier alinéa du présent II.

III. # La décision d'inscription d'un acte ou d'une prestation mentionne les indications thérapeutiques ou diagnostiques tenant compte notamment de l'état du patient ainsi que les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie définit le tarif de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles de hiérarchisation établies par les commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7. Lorsque l'acte ou la prestation constitue une alternative à des traitements thérapeutiques déjà inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie évalue l'opportunité de l'inscription de l'acte ou de la prestation et définit, le cas échéant, son tarif au regard des coûts de mise en oeuvre comparés de ces différents traitements.

La décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription ou leur radiation, accompagnée des avis mentionnés au II ci-dessus et d'une estimation chiffrée de son impact financier, est transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les ministres compétents peuvent s'opposer à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans un délai de quarante-cinq jours. Ce délai est ramené à quinze jours, lorsque l'acte ou la prestation est nécessaire à l'utilisation d'un produit inscrit à la liste prévue à l'article L. 165-1 pour lequel l'amélioration du service attendu ou rendu est majeure ou importante, au sens des articles R. 165-11 et R. 165-11-1. Passés ces délais, la décision est réputée approuvée.

L'opposition des ministres compétents est motivée et notifiée à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres en informent la Haute Autorité de santé et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, ainsi que les autres personnes morales mentionnées au premier alinéa du II ci-dessus.

Article R162-52-1

I.-Les actes ou prestations sont inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 au vu de l'avis de la Haute Autorité mentionné à l'article au a du 1° de l'article R. 161-71.

Le service attendu d'un acte ou d'une prestation est évalué dans chacune de ses indications diagnostiques ou thérapeutiques et, le cas échéant, par groupe de population, en fonction des deux critères suivants :

1° L'intérêt diagnostique ou thérapeutique de cet acte ou prestation en fonction, notamment, de sa sécurité, de son niveau d'efficacité et des effets indésirables ou risques liés à sa pratique, d'une part, de sa place dans la stratégie de prise en charge des pathologies concernées, d'autre part ;

2° Son intérêt de santé publique attendu dont, notamment, son impact sur la santé de la population en termes de mortalité, de morbidité et de qualité de vie, sa capacité à répondre à un besoin thérapeutique non couvert, eu égard à la gravité de la pathologie, son impact sur le système de soins et son impact sur les politiques et programmes de santé publique.

L'avis précise :

a) Les indications pour lesquelles le service attendu a été apprécié et celles pour lesquelles la Haute Autorité estime fondée l'inscription, en distinguant, le cas échéant, les groupes de population concernés ;

b) La description de la place de l'acte ou de la prestation dans la stratégie thérapeutique ;

c) L'appréciation de l'amélioration du service attendu par rapport aux traitements thérapeutiques alternatifs de référence selon les données actuelles de la science, notamment au regard de l'efficacité comparée de ces traitements. L'amélioration du service attendu est évaluée dans chacune des indications, le cas échéant par groupe de population. Cette évaluation conduit à considérer l'amélioration du service attendu comme majeure, importante, modérée, mineure ou à en constater l'absence ;

d) L'estimation du nombre de patients relevant des indications thérapeutiques pour lesquelles la Haute Autorité estime fondée l'inscription, ainsi que l'estimation du nombre de patients relevant de chaque groupe de population identifié pour l'appréciation du service attendu et de l'amélioration du service attendu, selon les données épidémiologiques disponibles ;

e) L'appréciation sur les modalités de mise en oeuvre de l'acte ou de la prestation et les autres informations utiles à un bon usage de l'acte ou de la prestation ; ces modalités sont précisées à l'égard de chacune des indications diagnostiques ou thérapeutiques proposées ;

f) L'appréciation du caractère préventif, curatif ou symptomatique de l'acte ou de la prestation ;

g) L'appréciation du caractère de gravité de la ou des pathologies correspondant aux indications dont le remboursement est proposé ;

h) L'énoncé des exigences de qualité et de sécurité des soins lorsque l'inscription de l'acte ou de la prestation au remboursement nécessite d'être assortie de conditions relatives à l'état de la personne ou concernant la qualification, la compétence ou l'expérience des professionnels concernés, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins ou la mise en place d'un dispositif de suivi des patients traités ;

i) Le cas échéant, les objectifs des études nécessaires à l'évaluation du service rendu, dont notamment les études de suivi en population générale des effets de la pratique de l'acte ou de la prestation dans les conditions réelles de mise en oeuvre et les recueils d'information nécessaires à cet effet.

Cet avis préconise, le cas échéant, de soumettre la réalisation de l'acte ou de la prestation à l'accord préalable du service médical en application des dispositions prévues par l'article L. 315-2.

II.-Pour la première inscription sur la liste d'un acte ou d'une prestation précédemment inscrit à la nomenclature générale des actes professionnels ou régulièrement assimilé à celle-ci, la Haute Autorité de santé peut, à l'occasion de la première attribution à chacun d'entre eux de leur numéro de code prévu par l'article L. 161-29, ne pas mentionner dans l'avis qu'elle rend les différents éléments mentionnés aux alinéas six à quatorze du I ci-dessus. En ce cas, elle précise dans cet avis le programme d'évaluation complémentaire du service attendu de ces actes et prestations.

Article R162-52-2

Lorsqu'une menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence remet en cause le fonctionnement ordinaire du système de soins, et notamment le paiement direct de l'acte aux professionnels de santé libéraux, le ministre chargé de la santé ou le représentant de l'Etat territorialement compétent, habilité conformément aux dispositions de l'article L. 3131-1 du code de la santé publique à prendre les mesures d'urgence, arrête les modalités particulières de rémunération des professionnels de santé libéraux exerçant dans le cadre de ces mesures d'urgence.

Cet arrêté détermine la durée, les catégories de professionnels concernés, et éventuellement les spécialités, ainsi que la zone dans laquelle ces modalités particulières de rémunération sont mises en oeuvre.

La rémunération est versée directement au professionnel concerné par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le professionnel exerce, pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

La répartition de la charge de ces rémunérations entre les différents régimes est faite selon la clef de répartition fixée annuellement en application de l'article R. 174-1-4.

Chacun des régimes concernés rembourse à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés la fraction dont il est redevable, au plus tard le 31 décembre de l'année suivant la mise en oeuvre du premier alinéa du présent article.

La rémunération du professionnel concerné est calculée en fonction de sa rémunération moyenne mensuelle, constatée l'année précédente ou, le cas échéant, proratisée sur la période d'activité lorsqu'il n'a pas exercé sur l'ensemble de l'année. Elle peut être majorée pour tenir compte de la suractivité durant la période.

Cette rémunération est soumise aux dispositions du II de l'article 5 de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur.

Article R162-53

Les praticiens et établissements utilisant à des fins thérapeutiques ou de diagnostic des appareils générateurs de rayonnements ionisants ou comportant l'emploi de radionucléides ou de produits ou dispositifs en contenant ne peuvent procéder à des examens ou dispenser des soins aux assurés sociaux que si les appareils et installations ont fait préalablement l'objet de la déclaration ou de l'autorisation mentionnée aux articles R. 1333-19 et R. 1333-23 du code de la santé publique.

Seuls peuvent être remboursés ou pris en charge les examens radiologiques et les traitements de radiothérapie exécutés au moyen d'appareils et d'installations déclarés ou autorisés dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Section 8 : Procédure conventionnelle.

Article R162-54

L'enquête permettant de déterminer la représentativité prévue à l'article L. 162-33 est provoquée entre le douzième et le sixième mois précédant l'échéance conventionnelle.

Article R162-54-1

La représentativité des organisations syndicales habilitées à participer aux négociations conventionnelles est déterminée d'après les critères cumulatifs suivants :

1° L'indépendance, notamment financière. Ces organisations sont soumises aux obligations du code du travail relatives à la certification et à la publicité des comptes des organisations syndicales et professionnelles ;

2° Les effectifs d'adhérents à jour de leur cotisation ;

3° Une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts. Toutefois un syndicat constitué à partir de la fusion de plusieurs syndicats dont l'un d'entre eux remplit cette condition d'ancienneté est réputé la remplir ;

4° L'audience, établie en fonction des résultats aux dernières élections aux unions régionales des professionnels de santé lorsque les membres qui les composent sont élus conformément à l'article L. 4031-2 du code de la santé publique, ou appréciée en fonction de l'activité et de l'expérience lorsque les membres qui les composent ne sont pas élus.

Article R162-54-2

Pour les professions de santé dont les représentants dans les unions régionales sont élus, seules peuvent être reconnues représentatives les organisations syndicales qui ont recueilli au moins 10 % des suffrages exprimés au niveau national aux élections à ces unions.

Pour les organisations syndicales représentant les médecins généralistes, ce seuil est apprécié à partir des résultats du collège des médecins généralistes.

Pour les organisations syndicales représentant les médecins spécialistes, ce seuil est apprécié à partir des résultats agrégés des collèges mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique.

Article R162-54-3

Pour les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, la représentativité des organisations habilitées à participer à la négociation de l'accord national prévu à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est déterminée d'après les critères cumulatifs suivants :

1° L'indépendance, notamment financière ;

2° Le nombre de centres de santé qu'elles regroupent ou qu'elles gèrent ;

3° Une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts ;

4° L'audience appréciée en fonction de l'activité et de l'expérience.

Article R162-54-4

Les conventions, l'accord-cadre et les accords conventionnels interprofessionnels, leurs annexes et avenants, mentionnés à l'article L. 162-15, sont transmis, dès leur signature, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à toutes les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés qui disposent d'un délai d'un mois pour faire connaître, par courrier recommandé avec demande d'avis de réception adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, leur éventuelle opposition. Si cette opposition remplit les conditions fixées à l'article L. 162-15, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en informe l'ensemble des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés et, lorsqu'il s'agit d'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1, saisit l'arbitre désigné conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-7.

Article R162-54-5

Les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé font connaître leur éventuelle opposition à la reconduction d'une convention, de l'accord-cadre ou d'un accord conventionnel interprofessionnel, prévue à l'article L. 162-15-2, au plus tard six mois avant leur date d'expiration, par courrier recommandé avec demande d'avis de réception adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en informe les autres organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés et, en cas d'opposition à la reconduction de l'accord-cadre, l'Union nationale des professionnels de

santé. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie fait connaître, dans le même délai, son éventuelle opposition, par courrier recommandé avec demande d'avis de réception adressé aux organisations syndicales représentatives des professions de santé concernées et, en cas d'opposition à la reconduction de l'accord-cadre, à l'Union nationale des professionnels de santé. L'Union nationale des professionnels de santé fait connaître, dans le même délai, son opposition à la reconduction de l'accord-cadre, par courrier recommandé avec demande d'avis de réception adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en informe les organisations syndicales représentatives des professions de santé. Dans tous les cas, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle ouvre sans délai des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention, d'un nouvel accord-cadre ou d'un nouvel accord conventionnel interprofessionnel.

A défaut de signature d'une nouvelle convention un mois avant l'échéance de la convention précédente, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie constate la rupture des négociations et saisit l'arbitre désigné conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-7. Il en est de même en cas d'opposition à la nouvelle convention.

Article R162-54-6

Sous réserve des dispositions du second alinéa de l'article R. 162-54-5, la rupture de la négociation d'une nouvelle convention est constatée soit par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, soit par l'ensemble des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés.

Article R162-54-7

A la date d'ouverture de la négociation d'une nouvelle convention, fixée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la procédure de désignation d'un arbitre est engagée conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-2. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe par courrier recommandé avec demande d'avis de réception les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du nom de l'arbitre désigné. En cas d'opposition à cette désignation, manifestée dans un délai de trois jours à compter de la réception de ce courrier et répondant aux conditions fixées à l'article L. 162-15 ou à défaut de désignation d'un arbitre dans un délai de dix jours courant de la date d'ouverture de la négociation, le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie désigne l'arbitre dans un délai de huit jours et notifie le nom de l'arbitre aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article R162-54-8

L'arbitre dispose d'un délai de trois mois à compter de sa saisine pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés et, lorsqu'elle a été associée à la négociation de la convention, de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Les caisses nationales d'assurance maladie mettent à la disposition de l'arbitre les moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Article R162-54-9

L'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés, sur son site internet, tout accord-cadre, accord conventionnel interprofessionnel, convention, règlement arbitral, avenant et annexe et les accords de bon usage des soins, dans un délai d'un mois suivant leur publication.

Les professionnels de santé non adhérents à l'un des accords, conventions ou règlement, qu'ils s'installent pour la première fois en exercice libéral ou qu'ils aient déjà exercé en libéral, qui souhaitent devenir adhérents en font la demande par courrier adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. Cette adhésion est réputée acquise, sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, en cas de changement d'accord, de convention ou de règlement arbitral.

Les professionnels de santé qui souhaitent être placés en dehors d'un de ces accords, conventions ou règlement le font connaître par courrier adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

Section 9 : Dispositions relatives aux centres de planification ou d'éducation familiale

Article R162-55

Les dépenses afférentes aux examens de biologie médicale ainsi que les dépenses afférentes aux frais pharmaceutiques exposés à l'occasion du dépistage et du traitement de maladies sexuellement transmissibles effectués dans les centres de planification familiale, conformément à l'article 8 du décret n° 92-784 du 6 août 1992, sont déterminées par application des frais et tarifs servant de base à leur remboursement par les organismes d'assurance maladie tels qu'ils résultent des articles L. 162-14-1 (2°), L. 162-14-4 (2°), L. 162-17, L. 162-18 et L. 162-38.

Article R162-56

Sous réserve des dispositions de l'article R. 162-57, les dépenses définies à l'article R. 162-55 sont à la charge des consultants dans les conditions prévues par les articles L. 160-13, L. 160-14.

Article R162-57

Pour les mineurs qui en font la demande et les personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime, les organismes d'assurance maladie prennent en charge les dépenses d'examens de biologie médicale, ainsi que les frais pharmaceutiques afférents au dépistage et au traitement de maladies transmises par la voie sexuelle et déterminés selon les modalités fixées à l'article R. 162-55.

Aucune demande de paiement ne peut être présentée aux intéressés.

Article R162-58

Pour l'application de l'article R. 162-57, la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle se trouvent les centres concernés est chargée du règlement des factures pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie.

La caisse procède chaque trimestre au règlement des paiements sur la base des états justificatifs des prestations effectuées au cours de la période considérée.

La répartition entre les régimes des dépenses prises en charge par l'assurance maladie en application de l'article R. 162-57 est effectuée chaque année suivant la répartition nationale des dotations globales hospitalières pour l'année considérée. Lorsque le centre concerné relève d'un établissement de santé, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie est déterminée conformément aux dispositions du décret n° 83-744 du 11 août 1983.

Les modalités de versement de la contribution de l'assurance maladie peuvent être fixées par voie de convention entre le centre et les organismes de sécurité sociale intéressés.

Section 10 : Organisation des soins

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 3 : Médicaments remboursables et médicaments agréés pour les collectivités

Section 1 : Prise en charge par les organismes de sécurité sociale - Liste des médicaments remboursables - Liste des médicaments agréés.

Article R163-1

I. # Les préparations magistrales et les préparations officinales, mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, délivrées sur prescription médicale, sont prises en charge par l'assurance maladie conformément à l'article R. 160-5, sauf lorsque ces préparations :

soit ne poursuivent pas à titre principal un but thérapeutique, alors même qu'elles sont réalisées dans les conditions prévues aux 1° et 3° de l'article L. 5121-1 ;

soit ne constituent qu'une alternative à l'utilisation d'une spécialité pharmaceutique, allopathique ou homéopathique disponible ;

soit sont susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie, faute de présenter un intérêt de santé publique suffisant en raison d'une efficacité mal établie, d'une place mineure dans la stratégie thérapeutique ou d'une absence de caractère habituel de gravité des affections auxquelles elles sont destinées ;

soit contiennent des matières premières ne répondant pas aux spécifications de la pharmacopée.

II. # Sont notamment exclues les catégories de préparations magistrales et de préparations officinales fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale répondant à au moins l'un des critères d'exclusion du remboursement mentionnés au I du présent article.

III. # La prise en charge des préparations magistrales et des préparations officinales par l'assurance maladie est subordonnée à l'apposition par le médecin sur l'ordonnance de la mention manuscrite : "prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles".

Article R163-1-1

Le coût des produits composés commercialisés auprès du public à des fins autres que thérapeutiques et qui entrent à titre d'excipient dans une préparation prescrite à des fins thérapeutiques n'est pas pris en charge par l'assurance maladie.

Article R163-2

Les médicaments auxquels s'applique l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, ceux bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle, ainsi que ceux visés au premier alinéa de l'article 17 de la loi n° 92-1477 du 31 décembre 1992, ne peuvent être remboursés ou pris en charge par les organismes de sécurité sociale, sur prescription médicale, à l'exception des vaccins ou des topiques mentionnés respectivement aux articles R. 4311-5-1 et R. 4322-1 du code de la santé publique, ni être achetés ou fournis ou utilisés par eux que s'ils figurent sur une liste des médicaments remboursables établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale. L'arrêté mentionne les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Lorsqu'a été notifiée, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article R. 5143-8 du code de la santé publique, la décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé identifiant un médicament comme spécialité générique, l'arrêté d'inscription de ce médicament sur les listes prévues respectivement au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique mentionne sa dénomination suivie, s'il s'agit d'un nom de fantaisie, du suffixe prévu à l'article L. 162-17-1. Dans ce dernier cas, la dénomination est complétée par ce suffixe dans l'étiquetage et la notice définis à l'article R. 5000 du code de la santé publique, dans le résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5128-2 du même code, ainsi que dans toute publicité au sens de l'article L. 551 dudit code.

L'inscription sur la liste peut être assortie, pour certains médicaments particulièrement coûteux et d'indications précises, d'une clause prévoyant qu'ils ne sont remboursés ou pris en charge qu'après information du contrôle médical, selon une procédure fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Dans ce cas, est annexée à l'arrêté d'inscription du médicament sur la liste une fiche d'information thérapeutique établie par la commission mentionnée à l'article R. 163-15. Cette fiche rappelle, d'une part, les indications thérapeutiques mentionnées au premier alinéa ci-dessus, d'autre part, les modalités d'utilisation du médicament résultant de ses caractéristiques approuvées par l'autorisation de mise sur le marché et concernant notamment la posologie et la durée de traitement dans les indications ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement. La fiche rappelle également, le cas échéant, les restrictions apportées par l'autorisation de mise sur le marché à la prescription et à la délivrance du médicament.

L'inscription sur la liste prévue au premier alinéa peut, pour certains médicaments susceptibles d'être utilisés à des fins non thérapeutiques, être assortie d'une clause précisant qu'ils ne sont remboursés ou pris en charge par les caisses et organismes d'assurance maladie que si leur emploi est prescrit en vue du traitement d'un état pathologique.

Sous réserve des dispositions prévues au III de l'article R. 163-6, l'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 est prononcée pour une durée de cinq ans.

Article R163-3

I. # Les médicaments sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 au vu de l'appréciation du service médical rendu qu'ils apportent indication par indication. Cette appréciation prend

en compte l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et son intérêt pour la santé publique. Les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste.

II. # Les spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique appartenant aux mêmes groupes génériques que des spécialités de référence inscrites sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 sont présumées remplir la condition mentionnée au I du présent article.

III. # Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle sont considérées comme remplissant la même condition de service médical rendu que la spécialité correspondante disposant d'une autorisation de mise sur le marché en France.

Article R163-4

L'inscription et le renouvellement de l'inscription des médicaments sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, ainsi que la modification des conditions d'inscription, sont prononcés après avis de la commission mentionnée à l'article R. 163-15, à l'exception des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, lorsque les spécialités de référence appartenant aux mêmes groupes génériques figurent sur ladite liste, et à l'exception des spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle lorsque la spécialité correspondante disposant d'une autorisation de mise sur le marché en France figure sur cette liste.

Article R163-5

I. # Ne peuvent être inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 :

1° Les médicaments dont les éléments de conditionnement, l'étiquetage ou la notice, définis à l'article R. 5000 du code de la santé publique, ou la publicité auprès des professionnels de santé font mention d'une utilisation non thérapeutique ;

2° Les médicaments qui n'apportent ni amélioration du service médical rendu appréciée par la commission mentionnée à l'article R. 163-15 ni économie dans le coût du traitement médicamenteux ;

3° Les médicaments susceptibles d'entraîner des hausses de consommation ou des dépenses injustifiées ;

4° Les médicaments dont le prix proposé par l'entreprise ne serait pas justifié eu égard aux critères prévus au premier alinéa de l'article L. 162-16-4 ;

5° Les médicaments dont les forme, dosage ou présentation ne sont pas justifiés par l'utilisation thérapeutique.

Les dispositions du 2° ci-dessus ne sont pas applicables aux spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, lorsque les spécialités de référence appartenant aux mêmes groupes génériques figurent sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

II. # L'inscription des médicaments qui ont fait l'objet d'une publicité auprès du public au sens de l'article L. 551-3 du code de la santé publique peut être refusée.

Article R163-6

I. - L'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ne peut être renouvelée, après avis de la commission mentionnée à l'article R. 163-15, que si le médicament continue de remplir la condition relative au service médical rendu prévue au I de l'article R. 163-3 dans les indications thérapeutiques pour lesquelles le renouvellement de l'inscription est demandé. Dans l'appréciation du service médical rendu, constaté dans les conditions habituelles d'utilisation du médicament, il est tenu compte des nouvelles données disponibles sur le médicament et l'affection traitée ainsi que des autres médicaments inscrits sur la liste depuis la précédente appréciation et des autres thérapies devenues disponibles depuis lors.

Les spécialités génériques des spécialités de référence appartenant, en application du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, aux mêmes groupes génériques, sont présumées remplir la condition de service médical rendu prévue au premier alinéa ci-dessus, lorsque lesdites spécialités de référence figurent sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle sont considérées comme remplissant la condition de service médical rendu prévue au premier alinéa ci-dessus lorsque la spécialité correspondante disposant d'une autorisation de mise sur le marché en France figure sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

II. - Le renouvellement de l'inscription d'un médicament est également soumis aux conditions prévues aux 1°, 3°, 4° et 5° du I et au II de l'article R. 163-5.

III. - Lorsqu'une entreprise exploite plusieurs médicaments comportant la même composition qualitative en principes actifs sous des dosages, formes pharmaceutiques et présentations différents et inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, la validité de leur inscription sur cette liste expire à la date d'échéance de celle du médicament dont le renouvellement de l'inscription est sollicité en premier. L'entreprise doit adresser simultanément la même demande de renouvellement pour l'ensemble de ces médicaments.

IV. - A l'occasion de l'examen du renouvellement de l'inscription d'un médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, lorsque la Commission de la transparence propose de ne pas renouveler l'inscription ou propose de modifier le niveau de la participation de l'assuré, elle donne également un avis sur les médicaments appartenant à la même classe pharmaco-thérapeutique que le médicament dont le renouvellement de l'inscription est sollicité. Dans ce cas, la date fixée pour le renouvellement de l'inscription

du médicament est reportée d'un mois pour permettre aux entreprises exploitant les médicaments de la même classe de présenter leurs observations sur l'avis qui leur est communiqué.

Article R163-7

I.# Après avis de la commission mentionnée à l'article R. 163-15, peuvent être radiés de la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé :

1° Les médicaments qui ne sont pas régulièrement exploités ;

2° Les médicaments dont la radiation est sollicitée par l'entreprise exploitant le médicament ;

3° Les médicaments qui ne peuvent plus figurer sur cette liste en vertu des dispositions prévues à l'article R. 163-3, aux 1°, 3°, 4° et 5° du I de l'article R. 163-5 et à l'article R. 163-6 ;

4° Les médicaments dont le conditionnement ne comporterait pas les informations destinées aux organismes d'assurance maladie, prévues en application de l'article L. 161-36 ;

5° Les médicaments pour lesquels l'entreprise exploitant le médicament n'a pas informé le ministre chargé de la sécurité sociale des modifications des données sur lesquelles l'inscription est fondée, en application de l'article R. 163-12.

II.# Peuvent être radiés de la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, après avis de la commission mentionnée à l'article R. 163-15 et de celle mentionnée à l'article R. 5054 du code de la santé publique :

1° Les médicaments qui font l'objet d'une publicité auprès du public ;

2° Les médicaments dont la publicité auprès des professionnels de santé ne mentionne pas l'une des informations suivantes : le prix, la dénomination commune, les indications thérapeutiques retenues pour l'inscription sur la liste, signalées de manière spécifique, les modalités d'utilisation, le coût du traitement journalier ou, le cas échéant, le coût de cure, exprimé en prix de vente au public dans chacune de ces indications, le taux de participation des assurés à leurs frais d'acquisition, défini en application de l'article R. 160-5, l'inscription au titre de la clause mentionnée au troisième alinéa de l'article R. 163-2 ;

3° Les médicaments dont la publicité auprès des professionnels de santé n'est pas conforme au bon usage, au regard soit des références médicales opposables visées à l'article L. 162-12-15, soit des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement.

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé signale au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de la santé les médicaments dont la publicité ne serait pas conforme aux règles fixées ci-dessus.

III.# Peuvent être radiées de la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, les spécialités figurant en qualité de génériques au répertoire mentionné à l'article R. 5143-8 du code de la santé publique, dont la dénomination est constituée d'un nom de fantaisie, lorsque cette dénomination n'est pas complétée par le suffixe prévu par l'article L. 162-17-1 du présent code dans l'étiquetage et la notice définis à l'article R. 5000 du code de la santé publique, dans le résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5128-2 du même code, ainsi que dans toute publicité au sens de l'article L. 551 dudit code.

Article R163-8

I. - La demande d'inscription sur l'une des listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou sur ces deux listes simultanément, est présentée par l'entreprise qui exploite le médicament.

A la présente section, ladite entreprise s'entend de celle qui est titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou celle qui exploite le médicament, si ce titulaire n'assure pas l'exploitation.

La demande d'inscription est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale, qui en accuse réception et en informe le ministre chargé de la santé ; une copie en est simultanément adressée à la commission mentionnée à l'article R. 163-15 et à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La demande d'inscription est accompagnée d'un dossier. Celui-ci comporte, pour les demandes d'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'inscription du médicament, en application des articles R. 163-3 et R. 163-5.

II. - Lorsque la demande porte sur l'inscription d'un médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, l'entreprise propose en même temps la fixation par convention du prix de ce médicament. Cette proposition est adressée au comité économique des produits de santé, accompagnée d'une copie du dossier de demande d'inscription et d'un dossier comportant les informations nécessaires à la négociation de la convention prévue à l'article L. 162-17-4 et à la fixation du prix du médicament ; une copie de cette proposition est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R163-9

I.-Les décisions relatives à l'inscription du médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, à la fixation du prix du médicament selon les modalités prévues à l'article L. 162-16-4 et à la fixation de la participation de l'assuré dans les conditions prévues à l'article L. 160-13 sont prises et communiquées à l'entreprise dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception par le ministre chargé de la sécurité sociale de la demande mentionnée à l'article R. 163-8. Elles sont publiées simultanément au Journal officiel dans ce délai.

La décision relative à l'inscription du médicament sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, lorsque l'entreprise n'a pas demandé de l'inscrire simultanément sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, doit être prise et notifiée à l'entreprise dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de la demande, telle que prévue à l'article R. 163-8, par le ministre chargé de la sécurité sociale. L'inscription du médicament sur cette liste est publiée au Journal officiel dans ce délai.

II.-Toutefois, si les éléments d'appréciation communiqués par l'entreprise qui exploite le médicament sont insuffisants, le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé, le comité économique des produits de santé ou la commission mentionnée à l'article R. 163-15 notifie immédiatement au demandeur les renseignements complémentaires détaillés qui sont exigés. Dans ce cas, le délai est suspendu

à compter de la date de réception de cette notification et jusqu'à la date de réception des informations complémentaires demandées.

Article R163-10

I. - La demande de renouvellement de l'inscription d'un médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 est présentée par l'entreprise qui exploite le médicament, au plus tard cent quatre-vingts jours avant l'expiration de la durée de validité de l'inscription.

La demande de renouvellement de l'inscription est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale, qui en accuse réception et en informe le ministre chargé de la santé ; l'entreprise adresse simultanément copie de cette demande à la commission prévue à l'article R. 163-15, au comité économique des produits de santé et à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La demande doit être accompagnée d'un dossier comportant les informations nécessaires à l'appréciation des conditions de renouvellement de l'inscription du médicament en application de l'article R. 163-6.

L'entreprise qui exploite le médicament adresse au comité économique des produits de santé un dossier comportant les informations relatives au prix du médicament dont le renouvellement de l'inscription est sollicité.

II. - La décision relative au renouvellement de l'inscription et à la fixation de la participation de l'assuré doit être prise et communiquée à l'entreprise avant l'expiration du délai de validité de l'inscription. L'arrêté renouvelant l'inscription du médicament sur la liste doit être publié au plus tard à cette date.

A cette même date, si aucune décision relative au renouvellement de l'inscription n'a été notifiée à l'entreprise, le renouvellement de celle-ci est accordé tacitement et un avis mentionnant le renouvellement de l'inscription est publié au Journal officiel.

Article R163-10-1

La décision relative au taux de participation de l'assuré aux frais d'acquisition d'une spécialité pharmaceutique, mentionnée au troisième alinéa du I de l'article L. 160-13, est prise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette décision est applicable sous réserve de l'inscription de cette spécialité sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

La décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'alinéa précédent doit être communiquée aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé dans le délai maximal de quinze jours suivant la date de réception par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'avis définitif de la Commission de la transparence.

Article R163-11

I. - Le prix d'un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 peut être modifié par convention conclue entre l'entreprise qui l'exploite et le comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité.

II. - Lorsque la demande de modification du prix émane de l'entreprise exploitant le médicament, celle-ci adresse sa demande, accompagnée d'un dossier comportant les informations nécessaires, au comité économique des produits de santé ; une copie de ce dossier est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale.

La décision relative à la demande de modification du prix d'un médicament doit être prise et notifiée à l'entreprise dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de la demande par le comité économique des produits de santé. Le prix modifié est publié au Journal officiel dans ce délai.

Si le nombre de demandes tendant à la modification du prix des médicaments est exceptionnellement élevé, le délai peut être prorogé une seule fois de soixante jours. Cette prorogation doit être notifiée au demandeur.

Si les éléments d'appréciation communiqués par l'entreprise qui exploite le médicament sont insuffisants, notamment pour la négociation de la convention mentionnée à l'article L. 162-17-4, la liste des renseignements complémentaires qu'elle doit fournir lui est immédiatement notifiée par le comité économique des produits de santé. Dans ce cas, le délai est suspendu à compter de la date de réception de la notification et jusqu'à la date de réception des renseignements complémentaires demandés.

A l'expiration des délais précités, si aucune décision relative à la modification du prix n'a été notifiée à l'entreprise, la modification du prix est accordée tacitement et est mentionnée dans un avis publié au Journal officiel.

En cas d'accord conventionnel sur la modification du prix d'un médicament fixé par arrêté, cette modification entre en vigueur après abrogation de l'arrêté, laquelle doit intervenir dans les délais prévus aux alinéas ci-dessus.

III. - Lorsque la demande de modification du prix émane des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie ou du comité économique des produits de santé, l'entreprise qui exploite le médicament en est informée. Celle-ci peut présenter des observations écrites ou demander à être entendue par le comité, dans le mois suivant la réception de cette information.

Article R163-11-1

I. - Lorsque le prix fabricant hors taxe d'une spécialité pharmaceutique remboursable est modifié, les établissements pharmaceutiques qui vendent en gros au pharmacien d'officine peuvent continuer à commercialiser les unités de cette spécialité à leur prix fabricant hors taxe antérieur auquel s'ajoute la marge mentionnée à l'article L. 162-38, calculée sur la base du prix fabricant hors taxe antérieur, pendant une période transitoire de vingt jours à compter de la date d'application de cette modification de prix. Cette durée est portée à soixante jours dans les collectivités d'outre-mer suivantes : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. II. - Lorsque le prix fabricant hors taxe d'une spécialité pharmaceutique remboursable est modifié, les pharmaciens d'officine peuvent continuer à commercialiser

les unités de cette spécialité à leur prix de vente au public antérieur pendant une période transitoire de cinquante jours à compter de la date d'application de cette modification de prix. Lorsque le prix fabricant hors taxe de la spécialité de référence remboursable d'un groupe générique est modifié, les pharmaciens d'officine peuvent continuer à commercialiser les unités de spécialités génériques inscrites dans le même groupe générique à leur prix antérieur pendant une période transitoire de cinquante jours à compter de la date d'application de cette modification de prix. Lorsque la spécialité de référence remboursable d'un groupe générique est radiée de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, les pharmaciens d'officine peuvent continuer à commercialiser les unités de spécialités génériques remboursables inscrites dans le même groupe générique à leur prix antérieur pendant une période transitoire de cinquante jours à compter de la date d'application de cette radiation. Pendant la période transitoire de cinquante jours mentionnée aux trois alinéas précédents, les unités délivrées à des prix antérieurs peuvent continuer à faire l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement. La période transitoire de cinquante jours mentionnée aux trois premiers alinéas du présent II est portée à quatre-vingt-dix jours dans les collectivités d'outre-mer suivantes : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. III. - Lors de la création ou de la modification d'un tarif forfaitaire de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16, les spécialités du groupe générique concerné inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 peuvent continuer à être prises en charge à leur prix ou tarif antérieur pendant une période transitoire de cinquante jours à compter de la date d'application de la création ou de la modification du tarif. Cette période est portée à quatre-vingt-dix jours dans les collectivités d'outre-mer suivantes : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Les dispositions du présent III ne sont pas applicables dans le cas où la modification d'un tarif forfaitaire de responsabilité mentionné à l'article L. 162-16 résulte d'un changement de la marge des médicaments concernés intervenu en application de l'article L. 162-38.

Article R163-12

Lorsqu'une modification significative intervient dans les données sur lesquelles a été fondée l'inscription sur les listes ou l'une des listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, notamment une extension des indications thérapeutiques, ou dans les données qui ont été prises en compte dans la fixation du prix du médicament, l'entreprise qui exploite le médicament est tenue d'en faire part au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Haute Autorité de santé ; celui-ci en informe le ministre chargé de la santé et le comité économique des produits de santé. A cette occasion, les conditions d'inscription peuvent être modifiées à l'initiative des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ou à la demande de l'entreprise qui exploite le médicament, après avis de la commission mentionnée à l'article R. 163-15 ; le prix peut également être modifié à cette occasion, à la demande de l'entreprise, du comité économique des produits de santé ou des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, dans les conditions prévues à l'article R. 163-11.

A la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé ou de la Haute Autorité de santé, l'entreprise qui exploite le médicament est tenue de fournir les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'inscription, de renouvellement de l'inscription ou de maintien du médicament sur les listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

A la demande du comité économique des produits de santé, l'entreprise qui exploite le médicament est tenue de fournir les informations nécessaires à l'appréciation des conditions de fixation du prix du médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

L'absence de transmission des informations relatives à l'inscription sur les listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, en application des premier et deuxième alinéas ci-dessus, peut entraîner la radiation des médicaments concernés dans les conditions prévues par les articles R. 163-13 et R. 163-14.

Article R163-13

I. - Le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de la santé informent l'entreprise qui exploite le médicament de leur intention de radier un médicament des listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie est également informée de cette intention.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe l'entreprise qui exploite un médicament inscrit sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 de son intention de modifier le taux de participation de l'assuré aux frais d'acquisition de ce médicament lorsque cette modification résulte d'un changement dans l'appréciation du niveau de service médical rendu par le produit. Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le comité économique des produits de santé sont également informés de cette intention.

Dans les deux cas, l'entreprise qui exploite le médicament peut présenter des observations écrites ou demander à être entendue par la commission prévue à l'article R. 163-15, dans le mois suivant réception de cette information.

II. - Lorsqu'un nouveau taux de participation de l'assuré aux frais d'acquisition d'un médicament a été fixé en application de l'article R. 160-5, les décisions du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie appliquant effectivement ce taux aux médicaments concernés ne peuvent prendre effet avant l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date d'entrée en vigueur de ce taux.

Article R163-14

Les décisions portant refus d'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, refus de renouvellement de l'inscription, radiation de ces listes ou refus de modification du prix ou de baisse du taux de participation de l'assuré, sont communiquées à l'entreprise avec la mention des motifs de ces décisions ainsi que des voies et délais de recours qui leur sont applicables.

Section 1 bis : Prise en charge et fixation du prix des allergènes préparés spécialement pour un seul individu

Article R163-14-1

I.-La demande de fixation du prix de vente au public des allergènes préparés spécialement pour un seul individu est présentée par l'entreprise qui atteste que son activité dans ce domaine s'exerce en lien avec la personne autorisée, en vertu de l'article L. 4211-6 du code de la santé publique, à préparer et à délivrer ces allergènes.

La demande est adressée au comité économique des produits de santé, accompagnée d'un dossier comportant les éléments définis par ce comité et dont la liste est publiée sur son site internet, ainsi que les informations nécessaires à la négociation de la convention mentionnée à l'article L. 162-16-4-1 du présent code et à la fixation du prix.

II.-Pour déterminer le prix de vente au public des allergènes mentionnés au I du présent article, le comité économique des produits de santé tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. A ce titre, il peut établir des catégories de préparations en tenant compte, notamment, des différents facteurs entrant dans leurs compositions et des prix antérieurement publiés au Journal officiel.

III.-La convention relative à la fixation du prix de vente au public des allergènes préparés spécialement pour un seul individu mentionnée à l'article L. 162-16-4-1 est conclue entre le comité économique des produits de santé et l'entreprise demanderesse. Elle est communiquée à cette dernière, accompagnée des motifs justifiant ce prix, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de la demande.

IV.-A défaut de conclusion d'une convention, le prix est fixé par une décision du comité économique des produits de santé dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de la demande. Cette décision est motivée et notifiée à l'entreprise avec l'indication des voies et délais de recours.

V.-Toutefois, si les éléments d'appréciation communiqués par l'entreprise mentionnée au I du présent article sont insuffisants, le comité économique des produits de santé lui notifie immédiatement la liste des renseignements complémentaires exigés. Dans ce cas, le délai est suspendu à compter de la date de réception de cette notification et jusqu'à la date de réception des informations complémentaires demandées.

VI.-Le prix de vente au public de chaque allergène mentionné au I du présent article est publié au Journal officiel.

Article R163-14-2

I.-Le prix de vente au public des allergènes préparés spécialement pour un seul individu peut être modifié par convention conclue entre l'entreprise mentionnée au I de l'article R. 163-14-1 et le comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce comité, sauf opposition conjointe des ministres compétents dans les conditions prévues à l'article L. 162-16-4-1.

II.-Lorsque la demande de modification du prix émane de l'entreprise, celle-ci adresse sa demande au comité économique des produits de santé accompagnée d'un dossier comportant les éléments d'information nécessaires à l'appréciation de cette demande.

La convention relative à la modification du prix de vente au public des allergènes préparés spécialement pour un seul individu mentionnée à l'article L. 162-16-4-1 est conclue entre le comité économique des produits de santé et l'entreprise demanderesse. Elle est communiquée à cette dernière, accompagnée des motifs justifiant ce prix, dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de la demande.

A défaut de conclusion d'une convention, la décision relative à une demande de modification de prix est prise par le comité économique des produits de santé et notifiée à l'entreprise concernée dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de cette demande. Cette décision est motivée.

Si le nombre de demandes tendant à la modification du prix de vente au public des allergènes préparés spécialement pour un seul individu est exceptionnellement élevé, le délai précité peut être prorogé une seule fois de soixante jours. Cette prorogation est notifiée au demandeur.

Si les éléments d'appréciation communiqués par l'entreprise mentionnée au I de l'article R. 163-14-1 sont insuffisants, le comité économique des produits de santé lui notifie immédiatement la liste des renseignements complémentaires qui sont exigés. Dans ce cas, le délai est suspendu à compter de la date de réception de cette notification et jusqu'à la date de réception des informations complémentaires demandées.

A l'expiration des délais précités, si aucune décision relative à la modification du prix n'a été notifiée à l'entreprise, la modification du prix demandée est acquise implicitement.

III.-Lorsque la demande de modification du prix émane conjointement des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ou du comité économique des produits de santé, l'entreprise mentionnée au I de l'article R. 163-14-1 en est informée. Celle-ci peut présenter des observations écrites au comité ou demander à être entendue par celui-ci, dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information.

La décision est prise par le comité économique des produits de santé et notifiée à l'entreprise. Cette décision est motivée.

IV.-Lorsque le comité économique des produits de santé refuse totalement ou en partie d'accorder l'augmentation du prix de vente au public d'un allergène préparé spécialement pour un seul individu ou modifie ce prix dans les conditions fixées au III du présent article, la décision mentionne les motifs justifiant ce refus d'augmentation ou cette modification du prix. Elle est notifiée à l'entreprise avec l'indication des voies et délais de recours.

V.-La modification du prix de vente au public de chaque allergène mentionné au I de l'article R. 163-14-1 est publiée au Journal officiel.

Article R163-14-3

I.-Les allergènes préparés spécialement pour un seul individu sont pris en charge par l'assurance maladie, conformément au 11° de l'article R. 160-5, sur prescription médicale, sauf lorsque ces allergènes remplissent au moins l'un des critères suivants : 1° Allergènes utilisés à des fins diagnostiques et pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie au titre des actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ; 2° Allergènes réalisés à l'aide d'extraits allergéniques de préparations mères ne disposant pas de l'autorisation prévue à l'article L. 4211-6 du code de la santé publique ou utilisés pour un usage autre que celui défini dans ladite autorisation ; 3° Allergènes ne constituant qu'une alternative à l'utilisation d'une spécialité pharmaceutique remboursable par l'assurance maladie, composée des mêmes extraits allergéniques, et susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie, au regard notamment du prix demandé par l'entreprise en application des articles R. 163-14-1 et R. 163-14-2 du présent code ; 4° Allergènes susceptibles, au regard de leur intérêt pour la santé publique et du prix demandé par l'entreprise en application des articles R. 163-14-1 et R. 163-14-2, d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. II.-La décision de refus de prise en charge par l'assurance maladie d'un allergène préparé spécialement pour un individu est prise par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. III.-Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent solliciter l'entreprise demanderesse afin qu'elle produise les éléments complémentaires qui seraient nécessaires à l'appréciation des critères fixés au présent article. IV.-Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale informent le comité économique des produits de santé et l'entreprise demanderesse de leur intention de refuser la prise en charge par l'assurance maladie. L'entreprise concernée peut présenter aux ministres des observations écrites ou orales, dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information. V.-Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent mettre fin à la prise en charge par l'assurance maladie d'un allergène préparé spécialement pour un seul individu lorsque les conditions du I du présent article ne sont plus réunies. Ils informent le comité économique des produits de santé et l'entreprise concernée de leur intention de mettre fin à cette prise en charge. Celle-ci peut présenter aux ministres des observations écrites ou orales, dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information. VI.-La décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale opposant, en application du présent article, un refus ou une cessation de prise en charge par l'assurance maladie d'un allergène préparé spécialement pour un seul individu mentionne les motifs justifiant ce refus. Elle est notifiée à l'entreprise concernée avec l'indication des voies et délais de recours qui lui sont applicables ; une copie de cette décision est transmise au comité économique des produits de santé.

Section 2 : Commission de la transparence

Article R163-15

I. - La commission de la transparence comprend :

1° Vingt et un membres titulaires ayant voix délibérative, nommés par décision du collège de la Haute Autorité de santé pour une durée de trois ans renouvelable deux fois :

a) Vingt membres choisis principalement en raison de leur compétence scientifique dans le domaine du médicament dont un président, choisi au sein du collège de la Haute Autorité de santé, et deux vice-présidents ;

b) Un membre choisi parmi les adhérents d'une association de malades et d'usagers du système de santé mentionnée à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

2° Sept membres suppléants qui assistent aux séances avec voix consultative :

a) Six membres nommés dans les mêmes conditions que les membres titulaires mentionnés au a du 1° ci-dessus et appelés, dans l'ordre de leur nomination, à remplacer les membres titulaires ;

b) Un membre suppléant appelé à remplacer le membre titulaire mentionné au b du 1° ci-dessus, nommé dans les mêmes conditions ;

3° Sept membres ayant une voix consultative :

a) Quatre membres de droit :

-le directeur de la sécurité sociale, ou son représentant ;

-le directeur général de la santé, ou son représentant ;

-le directeur général de l'offre de soins , ou son représentant ;

-le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou son représentant.

Chacun d'eux peut se faire accompagner par une personne de ses services ;

b) Les directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, ou leur représentant, médecin ou pharmacien, qu'ils désignent ;

II. - La commission peut également entendre toute personne qualifiée ou tout expert dont elle juge l'audition utile.

Article R163-16

I.-Les délibérations de la commission mentionnée à l'article R. 163-15 ne sont valables que si au moins treize membres ayant voix délibérative de la commission sont présents.

II.-Les avis sont pris à la majorité des suffrages, le président ayant voix prépondérante en cas de partage égal des voix. Ils sont motivés.

III.-Lorsque l'avis porte sur l'inscription, la modification des conditions d'inscription ou le renouvellement de l'inscription d'un médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur l'inscription ou la modification des conditions d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, cet avis est immédiatement communiqué à l'entreprise qui exploite le médicament.

L'entreprise peut, dans les huit jours suivant la réception de cet avis, demander à être entendue par la commission ou présenter ses observations écrites. La commission peut modifier son avis compte tenu des observations présentées.

L'avis définitif est communiqué à l'entreprise, avec copie au comité économique des produits de santé et à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et publié au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale.

Article R163-17

La commission mentionnée à l'article R. 163-15 se réunit sur convocation de son président.

La commission élabore son règlement intérieur.

Son président peut faire appel à des rapporteurs extérieurs à la commission.

Un rapporteur ou un expert intervenant dans l'examen d'un médicament devant la commission mentionnée à l'article R. 5140 du code de la santé publique ne peut intervenir comme expert représentant de l'entreprise exploitant le médicament pour l'examen du même médicament devant la commission mentionnée à l'article R. 163-15.

Les membres de la commission ainsi que les membres des services accompagnant les membres de droit et les rapporteurs sont soumis aux dispositions de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique.

Article R163-18

L'avis mentionné au premier alinéa de l'article R. 163-4, ainsi que celui rendu par la commission en application de l'article L. 619 du code de la santé publique, comportent notamment :

1° L'appréciation du bien-fondé, au regard du service médical rendu, de l'inscription du médicament sur les listes, ou l'une des listes, prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

L'avis porte distinctement sur chacune des indications thérapeutiques mentionnées par l'autorisation de mise sur le marché, en distinguant, le cas échéant, des indications par groupes de populations pertinents au regard de l'appréciation du service médical rendu ;

L'avis portant sur l'inscription du médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 mentionne expressément les indications thérapeutiques pour lesquelles la commission estime fondée l'inscription. Il peut préconiser d'assortir l'inscription de la clause mentionnée au troisième alinéa de l'article R. 163-2 ;

2° Une comparaison du médicament, en termes de service médical rendu, avec ceux de la classe pharmacothérapeutique de référence ; pour les médicaments dont l'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 est sollicitée, cette comparaison est, sauf impossibilité signalée par la commission, effectuée au moins avec les médicaments inscrits venant en premiers par le nombre de journées de traitement, avec le médicament de cette classe dont le coût du traitement est le moins élevé et avec le dernier médicament inscrit dans la même classe ; le cas échéant, cette comparaison porte sur les médicaments à même visée thérapeutique ;

L'avis comporte l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament par rapport à ceux mentionnés ci-dessus et figurant sur la (ou les) liste (s) sur lesquelles l'inscription est sollicitée ; cette appréciation doit porter distinctement sur chacune des indications thérapeutiques mentionnées au 1° ci-dessus. L'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament peut être majeure, importante, modérée, mineure ou inexistante ;

3° Lors du renouvellement de l'inscription des médicaments sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, la réévaluation du service médical rendu dans les conditions prévues à l'article R. 163-6.

4° Une appréciation sur les modalités d'utilisation du médicament et notamment sur les durées de traitement, la posologie et les autres indications utiles à une bonne prescription du médicament ; pour les médicaments dont l'inscription ou le renouvellement de celle-ci sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 est demandée, ces modalités sont précisées à l'égard de chacune des indications thérapeutiques proposées ; à l'occasion du renouvellement de l'inscription, les modalités réelles d'utilisation et les indications thérapeutiques constatées sont comparées aux modalités d'utilisation et aux indications thérapeutiques retenues lors des avis précédents ;

5° L'estimation du nombre de patients relevant des indications thérapeutiques pour lesquelles la commission estime fondée l'inscription, selon les données épidémiologiques disponibles. Le cas échéant, l'avis mentionne l'impossibilité de réaliser des estimations précises ;

6° Pour les médicaments inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17, leur classement au regard de la participation des assurés aux frais d'acquisition dans trois catégories déterminées selon que le service médical rendu est soit majeur ou important, soit modéré, soit faible ; l'avis précise, le cas échéant, si le médicament doit être considéré comme irremplaçable pour l'application du premier alinéa de l'article R. 160-8 ;

7° L'appréciation du conditionnement approprié au regard des indications thérapeutiques pour lesquelles la commission estime fondée l'inscription, de la posologie et de la durée de traitement ;

La commission peut, en outre, indiquer les informations et études complémentaires indispensables à la réévaluation du service médical rendu par le médicament, qui devront être présentées par le demandeur à l'occasion du renouvellement de l'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17.

Article R163-19

A la demande du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de la santé, la commission mentionnée à l'article R. 163-15 donne un avis sur :

1° Le bien-fondé de l'inscription, du renouvellement d'inscription ou de la modification des conditions d'inscription des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, sur les listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

2° Le maintien du médicament sur les listes, ou l'une des listes, prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, compte tenu de la modification des données sur lesquelles est fondée l'inscription ; l'avis portant sur le maintien du médicament sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 peut préconiser d'assortir l'inscription de la clause mentionnée au troisième alinéa de l'article R. 163-2 ;

3° L'inscription des médicaments sur la liste mentionnée à l'article L. 595-7-1 du code de la santé publique. L'avis comporte notamment les rubriques visées aux 1°, 2° et 6° de l'article R. 163-18 ;

4° L'établissement de classifications des médicaments en fonction de leurs propriétés pharmacologiques et thérapeutiques ou de leurs indications ainsi que le classement des produits dans ces classifications ;

5° Les règles de conditionnement des médicaments par classe thérapeutique et la conformité à ces règles des conditionnements présentés ;

6° Toute question touchant à la consommation, au remboursement, à la prise en charge et aux conditions d'utilisation thérapeutique des médicaments figurant sur les listes prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

Article R163-20

I.-La commission mentionnée à l'article R. 163-15 donne un avis, à la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, ou, pour l'exercice de ses compétences propres, du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, sur les documents suivants :

1° Les documents d'information à l'usage des praticiens portant sur la comparaison des médicaments de la même classe pharmaco-thérapeutique ou à même visée thérapeutique ;

Ces documents doivent notamment rappeler les références médicales opposables visées à l'article L. 162-12-15 et les spécialités génériques commercialisées figurant au répertoire mentionné à l'article R. 5143-8 du code de la santé publique ;

2° Les fiches d'information thérapeutique préparées en vue d'être annexées aux arrêtés d'inscription des médicaments particulièrement coûteux et d'indications précises, prévues au troisième alinéa de l'article R.

163-2 ainsi que des fiches de même nature, publiées au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale, pour des médicaments dont les conditions d'utilisation nécessitent une information particulière des prescripteurs et notamment ceux qui sont soumis aux conditions de prescription restreinte prévues aux articles R. 5143-5-1 à R. 5143-5-6 du code de la santé publique ;

3° Des recommandations destinées aux prescripteurs et relatives à l'usage des médicaments.

La publication et la diffusion de tous les documents précités ne peuvent intervenir qu'après accord du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé.

II.-La commission mentionnée à l'article R. 163-15 donne un avis sur les recommandations de bonne pratique et les références médicales établies par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé prévues à l'article L. 162-12-15.

Article R163-21

La commission mentionnée à l'article R. 163-15 peut réévaluer le service médical rendu des médicaments inscrits sur les listes, ou l'une des listes, prévues au premier alinéa de l'article L. 162-17 et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique par classe pharmaco-thérapeutique ou à même visée thérapeutique, notamment lorsqu'elle propose l'inscription sur ces listes ou l'une de ces listes d'un médicament apportant une amélioration majeure du service médical rendu susceptible de modifier substantiellement les stratégies thérapeutiques antérieures.

Section 3 : Dispositions applicables en cas d'absence de communication des informations prévues à l'article L. 162-17-7.

Article R163-22

Les informations mentionnées à l'article L. 162-17-7 sont les informations de caractère scientifique de nature à modifier l'appréciation portée par la commission mentionnée à l'article R. 163-15.

Article R163-23

Lorsque les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ou l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ont connaissance de l'existence de données mentionnées à l'article R. 163-22 qui ne leur ont pas été communiquées par l'entreprise exploitant le médicament concerné, ils saisissent la commission mentionnée à l'article R. 163-15 pour connaître sa position sur les conséquences des données non communiquées sur l'appréciation qu'elle a portée sur ce médicament, ainsi que le Comité économique des produits de santé. Ils en informent l'entreprise. Lorsque ces saisines interviennent à l'initiative de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, celle-ci en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Lorsqu'il a connaissance de données mentionnées à l'article R. 163-22 n'ayant pas été communiquées au ministre chargé de la santé ou au ministre chargé de la sécurité sociale par l'entreprise exploitant le médicament, le Comité économique des produits de santé peut également saisir la commission mentionnée à l'article R. 163-15 pour connaître sa position sur les conséquences des données non communiquées sur l'appréciation qu'elle a portée sur ce médicament et, dans ce cas, en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et l'entreprise concernée.

Article R163-24

Dans un délai d'un mois après la saisine mentionnée à l'article R. 163-23, la commission mentionnée à l'article R. 163-15, au vu le cas échéant des observations transmises par l'entreprise exploitant le médicament, transmet sa position au Comité économique des produits de santé et à l'entreprise exploitant le médicament.

Si le Comité économique des produits de santé envisage de prononcer une pénalité, il informe dans un délai d'un mois suivant la réception de la position de la commission, par lettre recommandée avec avis de réception, l'entreprise exploitant le médicament de son intention de lui infliger une pénalité financière. Dans le délai de quinze jours suivant la réception de cette information, l'entreprise peut présenter des observations écrites au Comité économique des produits de santé ou demander, dans le même délai, à être entendue par le comité.

Le montant de la pénalité financière est calculé, sur la base du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France par l'entreprise au cours du dernier exercice clos et dans la limite de 5 % de ce chiffre d'affaires, en fonction de la gravité des conséquences sur la santé publique et des conséquences économiques pour l'assurance maladie qu'a entraînées ou pourrait entraîner, compte tenu de leur importance quantitative et qualitative, l'absence de fourniture des données ou leur fourniture tardive.

Le Comité économique des produits de santé notifie à l'entreprise par lettre recommandée avec avis de réception et à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant de la pénalité et les motifs qui la justifient. La notification indique que l'entreprise doit s'acquitter du montant de la pénalité financière auprès de l'agent comptable de l'agence centrale dans un délai d'un mois et mentionne les voies et délais de recours applicables. Les entreprises sont tenues de déclarer au Comité économique des produits de santé les éléments relatifs à leur chiffre d'affaires nécessaires au calcul de la pénalité.

L'entreprise s'acquitte de la pénalité auprès de l'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent dans le délai d'un mois précité. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité.

Article R163-25

Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. L'agent comptable de l'agence centrale notifie au Comité économique des produits de santé, au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de la sécurité sociale les montants perçus.

Section 4 : Prise en charge à titre dérogatoire de certaines spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations prévue à l'article L. 162-17-2-1.

Article R163-26

La Haute Autorité de santé peut être saisie, en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, d'une demande d'avis par le ministre chargé de la santé, ou celui chargé de la sécurité sociale ou par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou donner une recommandation, si elle agit de sa propre initiative, en vue de la procédure de prise en charge à titre dérogatoire prévue à l'article précité.

L'avis de la Haute Autorité de santé mentionné à l'alinéa précédent est rendu dans un délai de trois mois pour les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation et dans un délai de six mois pour les produits et prestations, à compter de la date de réception de la demande.

S'agissant des produits et prestations, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, consultée par la Haute Autorité de santé en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, communique son avis dans un délai de trois mois suivant la réception de la saisine. Cet avis est motivé et porte notamment sur l'efficacité présumée et les effets indésirables éventuels du produit ou de la prestation dans l'utilisation envisagée et mentionne, le cas échéant, l'existence d'alternatives thérapeutiques appropriées et la nécessité d'un suivi particulier des patients.

L'avis ou la recommandation de la Haute Autorité de santé comporte une appréciation motivée du bien-fondé de la prise en charge à titre dérogatoire des spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation, produits ou prestations en cause et précise la population concernée. Cette appréciation porte notamment sur l'intérêt de la spécialité, du produit ou de la prestation pour le ou les patients. Pour les produits et prestations, une copie de l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé est jointe à l'avis ou à la recommandation de la Haute Autorité de santé.

L'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionné aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 162-17-2-1 est transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans le délai d'un mois suivant la saisine de ce conseil.

Article R163-27

La prise en charge à titre dérogatoire est prononcée pour une période maximale de trois ans. Elle est renouvelable, pour la même durée, dans les conditions prévues à l'article R. 163-26 à l'exception du délai de transmission de l'avis de la Haute Autorité de santé qui est réduit à un mois suivant sa saisine pour les

spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation et à quatre mois pour les produits et prestations.

En l'absence de publication d'une décision sur le renouvellement de prise en charge à l'échéance de l'arrêté de prise en charge à titre dérogatoire en cours, le renouvellement de cette prise en charge est accordé tacitement, dans les mêmes conditions de prise en charge et pour la même durée.

Article R163-27-1

Une spécialité pharmaceutique qui a fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique pour une indication ou des conditions d'utilisation spécifiques et d'une prise en charge dérogatoire en vertu de l'article L. 162-17-2-1 et qui bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché pour cette indication ou ces conditions d'utilisation spécifiques peut, passé la date à laquelle la recommandation temporaire d'utilisation a cessé de produire ses effets, continuer à être prise en charge. Cette prise en charge dure jusqu'à ce qu'une décision ait été prise, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur son inscription sur une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, et au plus pour une durée de sept mois après l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché. La prise en charge prend fin si aucune demande d'inscription sur une de ces listes n'a été déposée un mois après l'autorisation de mise sur le marché.

Article R163-27-2

Lorsque l'arrêté comporte des conditions de prise en charge ou des obligations pour le laboratoire ou le fabricant, celles-ci :

1° Pour les spécialités pharmaceutiques, tiennent compte de la convention prévue par l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique lorsqu'elle existe ;

2° Pour les produits et prestations, peuvent être précisées par une convention passée entre l'agence et le laboratoire ou le fabricant et conforme à un modèle type fixé par décision du directeur général de l'agence. Cette convention précise notamment les modalités de suivi des patients et du recueil des informations relatives à l'efficacité, la sécurité et les conditions réelles d'utilisation ainsi que la périodicité et les modalités de transmission à l'agence des rapports de synthèse de ces données.

Article R163-27-3

Le coût du suivi des patients traités est à la charge des fabricants, des mandataires ou des distributeurs des produits et prestations et est réparti entre ces derniers au prorata du chiffre d'affaires respectif réalisé sur le marché français l'année civile antérieure au titre de chaque produit et prestation.

Article R163-28

Il peut être mis fin à tout moment, par arrêté motivé des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé et du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie donnés dans les conditions du premier alinéa de l'article R. 163-27, à la prise en charge à titre dérogatoire des spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations qui ne satisfont plus aux critères de cette prise en charge. Avant de rendre son avis, la Haute Autorité de santé consulte l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé qui communique son avis dans un délai d'un mois suivant la réception de la saisine.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé signale aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au vu de nouvelles données de sécurité ou d'efficacité, ou au vu d'une nouvelle alternative thérapeutique, tous éléments susceptibles de justifier l'arrêt de la prise en charge à titre dérogatoire de produits relevant de sa compétence.

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale informent l'entreprise qui exploite la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation de leur intention de mettre fin à la prise en charge à titre dérogatoire. Lorsque la fin de prise en charge envisagée vise une catégorie de produits ou prestations ou en l'absence d'exploitant unique identifiable, cette information est effectuée par la publication d'un avis au Journal officiel de la République française. La ou les entreprises concernées peuvent présenter des observations écrites dans le mois suivant la réception ou la publication de cette information.

Article R163-28-1

Les spécialités pharmaceutiques dont la recommandation temporaire d'utilisation fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait sont exclues de la prise en charge dérogatoire par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sans qu'il soit fait application des dispositions de l'article R. 163-28.

Article R163-29

Les avis ou recommandations formulés par la Haute Autorité de santé au titre des articles R. 163-26 à R. 163-28 sont rendus publics.

Article R163-30

Lorsque le comité économique des produits de santé envisage de prononcer la pénalité prévue au cinquième alinéa de l'article L. 162-17-2-1, il informe l'entreprise concernée de son intention de lui infliger une pénalité financière par lettre recommandée avec avis de réception ; cette lettre précise les motifs pour lesquels une pénalité est envisagée. Dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information, l'entreprise peut présenter des observations écrites au comité économique des produits de santé et, le cas échéant, demander, dans le même délai, à être entendue par le comité.

Le montant de la pénalité financière annuelle, qui ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré, est déterminé en fonction de la nature de l'obligation méconnue, des conséquences économiques pour l'assurance maladie et de la gravité des risques pour la santé publique qu'a entraînés ou pourrait entraîner le manquement de l'entreprise à l'obligation prévue par l'arrêté de prise en charge dérogatoire conformément au premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1.

Le comité économique des produits de santé notifie à l'entreprise par lettre recommandée avec avis de réception et à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant de la pénalité, les motifs qui la justifient ainsi que les voies et délais de recours. La notification informe l'entreprise que si le manquement se prolonge pendant un

an, le comité économique des produits de santé se prononcera à l'issue de cette période sur l'éventuelle reconduction de la pénalité.

La notification indique également que l'entreprise doit s'acquitter du montant de la pénalité financière dans un délai d'un mois auprès de l'agent comptable de l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1. Les entreprises sont tenues de déclarer au comité économique des produits de santé les éléments de leur chiffre d'affaires nécessaires à la fixation de la pénalité.

Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité.

Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. L'agent comptable notifie au comité économique des produits de santé et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale les montants perçus.

Section 5 : Dispositions relatives aux pénalités financières prévues aux articles L. 162-17-4-1 et L. 162-17-8

Article R163-31

I.-Lorsque le comité économique des produits de santé envisage de prononcer une des pénalités prévues au II de l'article L. 162-17-4-1 et à l'article L. 162-17-8, il en informe, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, l'entreprise concernée ou, le cas échéant, le groupe d'entreprises concerné s'il s'agit de la pénalité prévue au II de l'article L. 162-17-4-1, en lui précisant les motifs pour lesquels une pénalité est envisagée. Dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information, l'entreprise ou, le cas échéant, le groupe d'entreprises peut adresser ses observations écrites au comité économique des produits de santé et demander à être entendu par lui.

L'entreprise ou le groupe d'entreprises est tenu de déclarer dans le même délai au comité économique des produits de santé les éléments de son chiffre d'affaires nécessaires à la fixation de la pénalité.

II.-Le comité économique des produits de santé notifie à l'entreprise ou au groupe d'entreprises, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, les motifs qui justifient le principe et le montant de la pénalité, le délai de règlement ainsi que les voies et délais de recours. Le comité communique sa décision à l'organisme de recouvrement compétent.

Dans un délai d'un mois à compter de la notification, l'entreprise ou le groupe d'entreprises s'acquitte de la pénalité auprès de l'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent.

Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité.

III.-L'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent informe le comité économique des produits de santé des montants perçus.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 4 : Produits d'origine humaine.

Article R164-1

L'arrêté prévu à l'article L. 164-1 est pris par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 5 : Dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées

Section 1 : Inscription prévue à l'article L. 165-1

Article R165-1

Les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 ne peuvent être remboursés par l'assurance maladie, sur prescription médicale ou sur prescription d'un auxiliaire médical dans les conditions prévues aux articles L. 4311-1 et L. 4321-1 et au 6° de l'article R. 4322-1 du code de la santé publique, que s'ils figurent sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé après avis de la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code et dénommée " Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé ".

Dans le cas d'une description générique renforcée mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 165-1, l'inscription sur cette liste ne peut intervenir qu'après réception d'une déclaration de conformité aux spécifications techniques établie par un organisme compétent, selon la procédure prévue à l'article R. 165-7-1.

Peuvent également être remboursés par l'assurance maladie les verres correcteurs et, le cas échéant, les montures correspondantes, inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, délivrés par un opticien-lunetier en application de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique. A chaque renouvellement, l'opticien-lunetier mentionne sur la prescription la nature des produits délivrés et la date de cette délivrance.

L'inscription sur la liste précise, le cas échéant, les spécifications techniques, les seules indications thérapeutiques ou diagnostiques et les conditions particulières de prescription ou d'utilisation du produit ou de la prestation ouvrant droit à la prise en charge. Lorsque l'utilisation de produits ou de prestations fait appel à des soins pratiqués par des établissements de santé, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider de subordonner l'inscription sur la liste à des conditions relatives à l'évaluation de ces produits ou prestations, aux modalités de délivrance des soins, à la qualification ou à la compétence des praticiens des établissements de santé utilisant ces produits ou pratiquant ces prestations.

L'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 peut être assortie, pour certains produits ou prestations particulièrement coûteux et dont la prise en charge est limitée à une ou plusieurs indications, d'une clause prévoyant qu'ils ne sont remboursés ou pris en charge que selon une procédure fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Dans ce cas, est annexée à l'arrêté d'inscription du dispositif sur la liste une

fiche d'information thérapeutique établie par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Cette fiche rappelle, d'une part, les indications prises en charge, d'autre part, les modalités de prescription, d'utilisation et, le cas échéant, la durée du traitement.

Article R165-2

Les produits ou les prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits sur la liste prévue audit article au vu de l'appréciation du service qui en est attendu.

Le service attendu est évalué, dans chacune des indications du produit ou de la prestation et, le cas échéant, par groupe de population en fonction des deux critères suivants :

1° L'intérêt du produit ou de la prestation au regard, d'une part, de son effet thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap ainsi que des effets indésirables ou des risques liés à son utilisation, d'autre part, de sa place dans la stratégie thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap compte tenu des autres thérapies ou moyens de diagnostic ou de compensation disponibles ;

2° Son intérêt de santé publique attendu, dont notamment son impact sur la santé de la population, en termes de mortalité, de morbidité et de qualité de vie, sa capacité à répondre à un besoin thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap non couvert, eu égard à la gravité de la pathologie ou du handicap, son impact sur le système de soins et son impact sur les politiques et programmes de santé publique.

Le service attendu est apprécié, le cas échéant, en fonction des spécifications techniques et des conditions particulières de prescription et d'utilisation auxquelles l'inscription est subordonnée.

Les produits ou prestations dont le service attendu est insuffisant pour justifier l'inscription au remboursement ne sont pas inscrits sur la liste.

Article R165-3

L'inscription sur la liste est effectuée, pour une durée maximale de dix ans renouvelable par la description générique, ou la description générique renforcée, du produit ou de la prestation. Cette description est constituée par l'énumération de ses principales caractéristiques.

Toutefois, l'inscription sur la liste est effectuée pour une durée maximale de cinq ans renouvelable, sous forme de marque ou de nom commercial :

-pour les produits qui présentent un caractère innovant ;

-ou lorsque l'impact sur les dépenses d'assurance maladie, les impératifs de santé publique ou le contrôle des spécifications techniques minimales nécessite un suivi particulier du produit.

A tout moment, l'inscription sous forme d'une description générique ou d'une description générique renforcée peut être substituée à l'inscription d'un ou plusieurs produits sous forme de marque ou de nom

commercial par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé après avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé.

Article R165-4

Ne peuvent être inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 :

1° Les produits ou prestations pour lesquels les règles applicables en matière de publicité n'ont pas été respectées ;

2° Les produits ou prestations qui n'apportent ni amélioration du service qui en est attendu ou du service qu'ils rendent, ni économie dans le coût du traitement ou qui sont susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. Ces dispositions ne font pas obstacle à ce que des produits répondant à une description générique ou à une description générique renforcée soient inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, pour les motifs prévus à l'article R. 165-3. Dans ce cas, ces produits peuvent bénéficier du même tarif que les produits répondant à la même description générique ou description générique renforcée ;

3° Les produits qui ne satisfont pas aux exigences de mise sur le marché prévues par le code de la santé publique ;

4° Les dispositifs médicaux à usage individuel qui sont utilisés pour ou pendant la réalisation d'un acte par un professionnel de santé et dont la fonction ne s'exerce pas au-delà de l'intervention du professionnel.

Par exception aux règles énoncées dans le présent article, peuvent être inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 les dispositifs médicaux relevant du 4° qui pénètrent partiellement ou entièrement à l'intérieur du corps, soit par un orifice du corps, soit à travers la surface du corps, et qui sont utilisés lors d'actes de prévention, d'investigation ou de soins hospitaliers.

Article R165-4-1

La suspension de la mise sur le marché d'un produit par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en application de l'article L. 5312-1 du code de la santé publique, emporte, lorsque ce produit est inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1, la suspension de sa prise en charge par l'assurance maladie. La restriction de l'utilisation, de la prescription, de la délivrance ou de l'administration d'un produit décidée en application des mêmes dispositions est mentionnée de plein droit, à titre provisoire, sur cette liste. La modification des conditions d'inscription du produit est simultanément engagée en application des dispositions de l'article R. 165-9.

La suspension de la fabrication, de l'importation, de l'exportation, de la mise sur le marché à titre onéreux d'un produit par arrêté du ministre chargé de la consommation et, selon le cas, du ou des ministres intéressés, en application de l'article L. 221-5 du code de la consommation, emporte également, lorsque ce produit est inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1, la suspension de sa prise en charge par l'assurance maladie.

Article R165-5

Peuvent être radiés de la liste prévue à l'article L. 165-1 :

1° Les produits qui cessent de remplir les critères d'inscription définis aux articles R. 165-1, R. 165-2 et R. 165-6, ou qui relèvent d'un motif de non-inscription défini à l'article R. 165-4 ou pour lesquels le fabricant ou le distributeur n'a pas informé le ministre chargé de la sécurité sociale des modifications des données sur lesquelles l'inscription est fondée ;

2° Les produits inscrits sous forme de marque ou de nom commercial, ou de description générique renforcée :

a) Qui font l'objet, auprès du corps médical ou de tout autre professionnel de santé, d'informations ne mentionnant pas soit le tarif de responsabilité, soit le prix fixé, soit, le cas échéant, les seules indications thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap dans lesquelles ils sont pris en charge ou les conditions de prescription et d'utilisation ;

b) Ou dont la commercialisation est suspendue ou interrompue ;

c) Ou qui ont donné lieu à la constatation par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'un manquement aux spécifications techniques requises pour l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'issue de la procédure prévue au III de l'article R. 165-47.

La radiation d'un produit ou d'une prestation de la liste des produits ou prestations remboursables est prononcée par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de la santé. Les ministres informent le fabricant ou le distributeur du projet de radiation. Dans le cas d'une description générique, cette information est effectuée par la publication d'un avis au Journal officiel.

Le fabricant ou le distributeur peut présenter des observations écrites, dans le délai de trente jours suivant la réception ou la publication de l'information, ou demander dans le même délai à être entendu par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé.

Article R165-5-1

Sont radiés de la liste prévue à l'article L. 165-1, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé :

1° Les produits et prestations faisant exclusivement appel à des soins pratiqués par des établissements de santé et qui sont pris en charge au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 et au 1° de l'article L. 162-22-6 ;

2° Les produits qui font l'objet d'une interdiction de mise sur le marché, d'utilisation, de prescription, de délivrance ou d'administration par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en application de l'article L. 5312-1 du code de la santé publique, ainsi que les produits interdits par décret en Conseil d'Etat, en application de l'article L. 221-3 du code de la consommation.

Article R165-6

L'inscription ne peut être renouvelée, après avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, que si le produit ou la prestation apporte un service rendu suffisant pour justifier le maintien de son remboursement. Le service rendu est déterminé par la réévaluation des critères ayant conduit à l'appréciation du service attendu après examen des études demandées le cas échéant lors de l'inscription ainsi que des nouvelles données disponibles sur le produit ou la prestation et l'affection traitée, diagnostiquée ou compensée, des autres produits et prestations inscrits sur la liste et des autres thérapies ou moyens disponibles. L'appréciation du service rendu est évaluée dans chacune des indications thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap admises au remboursement.

Section 2 : Procédures relatives à l'établissement de la liste prévue à l'article L. 165-1 et à la fixation des tarifs et des prix

Article R165-7

Lorsque l'inscription d'un produit ou d'une prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ou la modification de cette inscription est sollicitée par le fabricant ou le distributeur, la demande est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale qui en accuse réception et en informe le ministre chargé de la santé ; une copie en est simultanément adressée à la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé.

La demande est accompagnée d'un dossier qui comporte les informations nécessaires pour apprécier les conditions d'inscription du produit ou de la prestation.

Le fabricant ou le distributeur adresse au comité économique des produits de santé copie du dossier de demande d'inscription accompagnée d'un dossier comportant les informations utiles à la tarification du produit ou de la prestation.

Article R165-7-1

I.-Les catégories homogènes de produits relevant d'une inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 165-1 sous forme de description générique renforcée sont préalablement définies par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté précise notamment :

1° Les spécifications techniques que les produits concernés doivent respecter ;

2° Lorsque le produit était déjà inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, la date à laquelle chaque produit de la catégorie devra, au plus tard, être inscrit sous forme d'une description générique renforcée, en remplacement de la description générique antérieure ou d'une inscription sous forme de marque ou de nom commercial ;

3° La liste ou des organismes compétents au sens de l'article L. 165-1, désignés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, habilités à établir la déclaration de conformité aux spécifications techniques de la catégorie concernée ;

4° Le délai maximal, dans la limite de trois mois, sauf impératifs techniques dûment justifiés, accordé aux organismes compétents, à compter de la réception du dossier, pour établir et communiquer à l'entreprise l'attestation de conformité aux spécifications techniques ;

5° Le modèle type d'attestation de conformité devant être produit par les organismes compétents.

La désignation des organismes compétents, mentionnée au 3°, intervient dans un délai maximal de trois mois à compter de la saisine à cet effet de l'Agence par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La demande d'attestation de conformité adressée par l'entreprise à l'organisme compétent comporte tout élément utile permettant d'apprécier la conformité des produits concernés aux spécifications techniques applicables.

Les attestations de conformité établies par les organismes compétents sont transmises sans délai aux entreprises concernées. En cas de refus de délivrance de l'attestation de conformité, l'organisme compétent notifie sa décision à l'entreprise concernée par courrier motivé.

Le silence gardé par l'organisme compétent sur la demande d'attestation de conformité qui lui est adressée vaut rejet à l'issue du délai fixé par arrêté mentionné au 4° du présent article.

L'entreprise communique la déclaration de conformité conjointement à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette déclaration de conformité demeure applicable aux produits concernés en l'absence de modification des spécifications techniques requises. La déclaration est applicable aux évolutions de gamme des produits concernés sous réserve que ces évolutions ne modifient pas le mode d'action ou les propriétés cliniques afférents au produit d'origine, ni les spécifications techniques en vigueur.

Dans un délai maximal de trois mois suivant la réception de l'attestation de conformité, lesdits ministres procèdent à l'inscription des produits conformes sous forme de description générique renforcée.

II.-L'arrêté, mentionné au premier alinéa de l'article R. 165-1, précise pour chaque produit inscrit sous forme de description générique renforcée :

1° La durée de validité de l'inscription, commune à l'ensemble des produits concernés ;

2° Le code d'inscription de chaque produit sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée au premier alinéa de l'article L. 165-1.

Article R165-8

Les décisions relatives, d'une part, à l'inscription ou à la modification de l'inscription d'un produit ou d'une prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et, d'autre part, à la fixation de son tarif et, le cas échéant, de son prix sont prises et communiquées dans un délai de cent quatre-vingt jours à compter de la réception de la demande présentée par le fabricant ou le distributeur. Elles sont publiées au Journal officiel.

Toutefois, si les éléments d'appréciation communiqués par le fabricant ou le distributeur sont insuffisants, le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé, le comité économique des produits de santé ou la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé notifie immédiatement au demandeur les renseignements complémentaires détaillés qui sont exigés. Dans ce cas, le délai mentionné au premier alinéa est suspendu à compter de la date de réception de cette notification et jusqu'à la date de réception des informations demandées.

Article R165-9

Lorsque l'initiative de l'inscription ou de la modification des conditions d'inscription de produits ou de prestations est prise par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les fabricants et les distributeurs de ces produits ou prestations en sont informés par une notification adressée à chacun d'eux ou par un avis publié au Journal officiel. Ils peuvent présenter des observations écrites ou demander à être entendus par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé dans un délai de trente jours à compter de cette information. Dans les situations où l'avis de projet de modification des conditions d'inscription fait suite à un avis de cette commission datant de moins de dix-huit mois, le nouvel avis qu'elle rend à l'issue de la phase contradictoire doit être publié dans un délai de quatre mois à compter de la date de publication de l'avis de projet. Ils sont également informés par les mêmes voies du tarif et, le cas échéant, du prix envisagés et ils peuvent, dans un délai de trente jours à compter de cette information, faire valoir selon les mêmes modalités leurs observations devant le comité économique des produits de santé.

Article R165-10

I.-La demande de renouvellement de l'inscription d'un produit mentionné à l'article L. 165-1, inscrit sous forme de marque ou de nom commercial, est présentée par le fabricant ou le distributeur au plus tard cent quatre-vingts jours avant l'expiration de la durée d'inscription.

La demande de renouvellement est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale qui en accuse réception et en informe le ministre chargé de la santé. Une copie de cette demande est adressée simultanément à la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. La demande doit être accompagnée d'un dossier comportant les informations nécessaires à l'appréciation des conditions de renouvellement de l'inscription.

Le fabricant ou le distributeur adresse au comité économique des produits de santé copie du dossier de demande de renouvellement accompagnée d'un dossier comportant les informations utiles à la tarification du produit ou de la prestation. Une copie de ce dernier dossier est adressée au ministre chargé de la sécurité sociale.

II.-Les décisions relatives, d'une part, au renouvellement de l'inscription et, d'autre part, à la fixation du tarif et, le cas échéant, du prix doivent être prises et communiquées avant l'expiration de la durée d'inscription. Elles sont publiées au Journal officiel.

A cette même date, en l'absence de publication de la décision de renouvellement de l'inscription et si le fabricant ou le distributeur a déposé dans le délai mentionné au I un dossier de renouvellement comportant l'ensemble des éléments nécessaires, le renouvellement de l'inscription est accordé tacitement et le tarif et, le cas échéant, le prix en vigueur antérieurement sont reconduits. Un avis mentionnant ce renouvellement et rappelant le tarif et, le cas échéant, le prix est publié au Journal officiel.

Article R165-10-1

Les décisions relatives, d'une part, au renouvellement de l'inscription et, d'autre part, à la fixation du tarif et, le cas échéant, du prix des produits ou prestations inscrits sous forme de description générique ou de

description générique renforcée sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 doivent être prises et publiées au Journal officiel avant l'expiration de la durée d'inscription.

A cette date, en l'absence de publication de la décision de renouvellement de l'inscription, le renouvellement de l'inscription est accordé tacitement dans les mêmes conditions et le tarif et, le cas échéant, le prix en vigueur antérieurement sont reconduits. Un avis mentionnant ce renouvellement et rappelant le tarif et, le cas échéant, le prix est publié au Journal officiel.

Les fabricants et les distributeurs, ou leurs représentants, peuvent, au plus tard 180 jours avant l'expiration de la validité d'inscription de la description générique ou de la description générique renforcée qui les concerne, adresser à la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé toutes données qu'ils jugent utiles de prendre en compte pour l'instruction du renouvellement de l'inscription et au comité économique des produits de santé toutes données qu'ils jugent utiles de prendre en compte pour la fixation du tarif et, le cas échéant, du prix.

Par dérogation à l'article R. 165-6, la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé peut proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé le renouvellement d'office de l'inscription de certaines descriptions génériques et descriptions génériques renforcées sur la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1.

Article R165-11

L'avis rendu par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, en vue d'une inscription ou d'une modification des conditions d'inscription, comporte notamment :

1° La description du produit ou de la prestation ;

2° L'appréciation du bien-fondé, au regard du service attendu du produit ou de la prestation, de l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1. Cette évaluation conduit à considérer le service attendu comme suffisant ou insuffisant pour justifier l'inscription au remboursement. Elle est réalisée pour chaque indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap en distinguant, le cas échéant, des groupes de population et précise les seules indications pour lesquelles la commission estime l'inscription fondée ;

3° Lorsque le service attendu est suffisant pour justifier l'inscription au remboursement, l'appréciation de l'amélioration du service attendu par rapport à un produit, un acte ou une prestation comparables ou à un groupe d'actes, de produits ou de prestations comparables, précisément désignés, considérés comme référence selon les données actuelles de la science et admis ou non au remboursement. Cette évaluation conduit à considérer l'amélioration du service attendu comme majeure, importante, modérée, mineure ou à en constater l'absence. Elle est réalisée pour chaque indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap dans laquelle la commission estime l'inscription fondée ;

4° Le cas échéant, une proposition de durée d'inscription si la commission estime que cette durée doit être inférieure à cinq ans dans le cas d'une inscription sous nom de marque, ou inférieure à dix ans dans le cas d'une inscription sous description générique ou sous description générique renforcée ;

5° Les recommandations, le cas échéant par indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap, sur les modalités de prescription et d'utilisation du produit ou de la prestation et les spécifications techniques minimales requises conditionnant la prise en charge des produits ;

6° Une appréciation, le cas échéant, de l'adéquation des conditions d'utilisation avec le conditionnement des produits ;

7° Pour les produits pour lesquels la commission émet un avis favorable à l'inscription ou à la modification des conditions d'inscription, le cas échéant, les études complémentaires nécessaires à l'évaluation du service rendu, ou de son amélioration, qui devront être présentées à l'occasion du renouvellement de l'inscription ;

8° L'estimation du nombre de patients relevant des indications thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap dans lesquelles la commission estime l'inscription fondée selon les données épidémiologiques disponibles. Le cas échéant, l'avis mentionne l'impossibilité de réaliser des estimations précises ;

9° (Abrogé)

10° Le cas échéant, la proposition de soumettre les produits ou prestations à la procédure prévue au dernier alinéa de l'article R. 165-1.

Article R165-11-1

L'avis rendu par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé en vue d'un renouvellement de l'inscription comporte notamment :

1° L'appréciation du bien-fondé, au regard du service rendu du produit ou de la prestation, du renouvellement de l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1. Cette évaluation conduit à considérer le service rendu comme suffisant ou insuffisant pour justifier le renouvellement de l'inscription. L'avis porte sur chacune des indications admises au remboursement et précise les seules indications pour lesquelles la commission estime fondé le renouvellement de l'inscription ;

2° Lorsque le service rendu est suffisant pour justifier le renouvellement de l'inscription, l'appréciation de l'amélioration du service rendu par rapport à un produit, un acte ou une prestation comparables ou à un groupe d'actes, de produits ou de prestations comparables précisément désignés, considérés comme référence selon les données actuelles de la science et admis ou non au remboursement. Cette référence peut être celle retenue pour apprécier l'amélioration du service rendu. Cette évaluation conduit à considérer l'amélioration du service rendu comme majeure, importante, modérée, mineure ou à en constater l'absence. Elle est réalisée pour chaque indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap dans laquelle la commission estime le renouvellement de l'inscription fondé ;

3° Le cas échéant, l'appréciation des résultats des études complémentaires demandées lors de l'inscription conformément au 7° de l'article R. 165-11 ;

4° Le cas échéant, une proposition de durée d'inscription si la commission estime que cette durée doit être inférieure à dix ans pour les produits ou prestations inscrits par description générique ou sous description

générique renforcée et inférieure à cinq ans pour les produits inscrits sous forme de marque ou de nom commercial ;

5° L'actualisation des recommandations, le cas échéant par indications thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap, sur les modalités de prescription et d'utilisation du produit ou de la prestation et les spécifications techniques minimales requises conditionnant la prise en charge des produits ;

6° L'actualisation de l'appréciation, le cas échéant, de l'adéquation des conditions d'utilisation avec le conditionnement des produits ;

7° Pour les produits pour lesquels la commission émet un avis favorable à un renouvellement de l'inscription, le cas échéant, les études complémentaires nécessaires à l'évaluation du service rendu qui devront être présentées à l'occasion du renouvellement suivant de l'inscription ;

8° L'actualisation du nombre de patients relevant des indications thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap dans lesquelles la commission estime le renouvellement de l'inscription fondé selon les données épidémiologiques disponibles. Le cas échéant, l'avis mentionne l'impossibilité de réaliser des estimations précises ;

9° (Abrogé)

10° Le cas échéant, la proposition de soumettre les produits ou prestations à la procédure spécifique prévue au dernier alinéa de l'article R. 165-1.

Article R165-11-2

Pour l'application des articles R. 165-11 et R. 165-11-1, la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé peut s'appuyer, en tant que de besoin, sur l'assistance technique d'un laboratoire d'essais indépendant afin de définir les spécifications techniques en lien avec les indications retenues.

Article R165-12

L'avis rendu par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé est communiqué au fabricant ou au distributeur qui dispose d'un délai de huit jours suivant la réception de cet avis pour demander à être entendu par la commission ou présenter ses observations écrites.

L'avis définitif est communiqué au fabricant ou au distributeur et transmis simultanément aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et au comité économique des produits de santé. L'avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé est rendu public.

Article R165-13

La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, à son initiative ou à la demande des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, peut réévaluer le service attendu ou rendu des produits ou des prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, notamment lorsqu'elle émet un avis favorable à l'inscription sur cette liste d'un produit ou d'une prestation apportant une amélioration du service attendu susceptible de modifier substantiellement les stratégies thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap antérieures.

Article R165-14

Le comité économique des produits de santé fixe, par convention ou à défaut par décision, les tarifs des produits ou des prestations mentionnés à l'article L. 165-1. La détermination de ces tarifs tient compte principalement du service attendu ou rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant des résultats des études complémentaires demandées, des tarifs et des prix du ou des actes, produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Article R165-15

I. - Le tarif ou le prix des produits ou des prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être modifié par convention ou par décision du comité économique des produits de santé.

La modification du tarif ou du prix peut intervenir soit à la demande du fabricant ou du distributeur, soit à l'initiative du comité économique des produits de santé, soit à la demande des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé ou de l'économie ou de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II. - Lorsque la demande émane du fabricant ou du distributeur, celui-ci adresse sa demande, accompagnée d'un dossier comportant les informations nécessaires, au comité économique des produits de santé qui en accuse réception.

La décision relative à la modification du tarif ou du prix doit être prise et notifiée dans un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de la réception de la demande par le comité économique des produits de santé. Le tarif ou le prix modifié est publié au Journal officiel dans ce délai.

Si les éléments d'appréciation communiqués par le fabricant ou le distributeur sont insuffisants, le comité économique des produits de santé notifie immédiatement au demandeur les renseignements complémentaires qui sont exigés. Dans ce cas, le délai est suspendu à compter de la date de réception de cette notification et jusqu'à la date de réception des informations demandées.

A l'expiration des délais précités, si aucune décision n'a été notifiée au fabricant ou au distributeur, la modification du tarif ou du prix est accordée tacitement et est mentionnée dans un avis au Journal officiel.

III. - Lorsque la modification du tarif ou du prix est effectuée à l'initiative du comité économique des produits de santé ou à la demande des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie ou de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les fabricants ou les distributeurs des produits ou des prestations en sont informés par une notification, adressée à chacun d'eux ou par un avis publié au Journal officiel. Ils peuvent présenter des observations écrites ou demander à être entendus par le comité dans les trente jours suivant la réception de la notification ou la publication de l'avis.

Article R165-16

Les décisions portant refus d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, refus de renouvellement d'inscription, radiation de la liste ou refus de modification de l'inscription, du tarif ou du prix doivent, dans la notification au fabricant ou distributeur, être motivées et mentionner les voies et délais de recours qui leur sont applicables.

Section 3 : Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé mentionnée à l'article L. 165-1

Article R165-18

I.-La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé est composée des membres suivants :

A.-Vingt et un membres titulaires ayant voix délibérative nommés par décision du collège de la Haute Autorité de santé pour une durée de trois ans renouvelable deux fois :

1° Vingt membres choisis principalement en raison de leurs compétences scientifiques ou techniques dans le domaine des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1, dont un président, choisi au sein du collège de la Haute Autorité de santé, et deux vice-présidents. La commission comporte au moins un infirmier et un autre auxiliaire médical au sens du livre III de la quatrième partie (" Professions de santé ") du code de la santé publique ;

2° Un membre choisi parmi les adhérents d'une association de malades et d'usagers du système de santé mentionnée à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

B.-Sept membres suppléants qui assistent aux séances avec voix consultative :

a) Six membres nommés dans les mêmes conditions que les membres titulaires mentionnés au 1° ci-dessus et appelés, dans l'ordre de leur nomination, à remplacer les membres titulaires ;

b) Un membre suppléant appelé à remplacer le membre titulaire mentionné au 2° ci-dessus, nommé dans les mêmes conditions ;

C.-Huit membres ayant une voix consultative :

1° Le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins et le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ou leurs représentants, qu'ils désignent, chacun d'eux pouvant se faire accompagner par une personne de ses services ;

2° Les directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ou leurs représentants, qu'ils désignent.

II.-Participent, en tant que de besoin, avec voix consultative, aux travaux de la commission :

A.-Le directeur général de l'agence de la biomédecine ou son représentant, lorsque la commission examine l'inscription, le renouvellement ou la modification d'inscription des tissus et cellules issus du corps humain ;

B.- Le directeur central du service de santé des armées, lorsque la commission examine l'inscription, le renouvellement ou la modification d'inscription des orthoprothèses sur mesure, des chaussures orthopédiques et des véhicules pour handicapés physiques ;

III.-La commission entend, chaque fois que de besoin, un représentant du laboratoire national d'essai ou du centre d'études et de recherche sur l'appareillage des handicapés. Elle peut également entendre toute personne qualifiée ou tout expert dont elle juge l'audition utile.

Article R165-19

Les délibérations de la commission ne sont valables que si au moins treize de ses membres ayant voix délibérative sont présents.

Les avis sont motivés et pris à la majorité des suffrages, le président ayant voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Article R165-20

La commission se réunit sur convocation de son président.

La commission élabore son règlement intérieur.

Son président peut faire appel à des rapporteurs extérieurs à la commission choisis sur une liste établie par elle et rendue publique.

Les membres de la commission et les rapporteurs sont soumis aux dispositions de l'article R. 161-85.

Article R165-21

A la demande du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, ou du collège de la Haute Autorité de santé la commission donne un avis sur toute question touchant la prise en charge, les

conditions de prescription et d'utilisation et les spécifications techniques relatives aux produits ou prestations prévus à l'article L. 165-1.

Article R165-22

La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé établit et diffuse, à son initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de la sécurité sociale, du collège de la Haute Autorité de santé, du comité économique des produits de santé, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, notamment les documents suivants :

1° Les documents d'information à l'usage des praticiens portant sur l'évaluation d'un produit ou d'une prestation ou sur la comparaison des produits ou prestations ayant les mêmes finalités ;

2° Les fiches d'informations thérapeutiques annexées aux arrêtés d'inscription des dispositifs particulièrement coûteux et dont la prise en charge est limitée à certaines indications prévues au dernier alinéa de l'article R. 165-1 ;

3° Les recommandations destinées aux prescripteurs et relatives à l'usage des produits et prestations.

Section 4 : Dispositions diverses relatives aux conditions de prise en charge

Article R165-23

L'arrêté d'inscription peut subordonner la prise en charge de certains produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 à une entente préalable de l'organisme de prise en charge, donnée après avis du médecin-conseil. L'accord de l'organisme est acquis à défaut de réponse dans le délai de quinze jours qui suit la réception de la demande d'entente préalable.

Article R165-24

Le renouvellement des produits mentionnés à l'article L. 165-1 est pris en charge :

- si le produit est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état du patient,

- et, pour les produits dont la durée normale d'utilisation est fixée par l'arrêté d'inscription, lorsque cette durée est écoulée ; toutefois, l'organisme peut prendre en charge le renouvellement avant l'expiration de cette durée après avis du médecin-conseil.

Les frais de renouvellement ou de réparation des produits mentionnés à l'article L. 165-1 ne peuvent être pris en charge qu'une fois leur délai de garantie écoulé.

Article R165-25

Les organismes de prise en charge peuvent, après avis du médecin-conseil, décider de prendre en charge, sur facture, au vu d'un devis, un produit sur mesure, spécialement conçu, fabriqué ou adapté pour un patient déterminé sous réserve qu'aucun autre produit adapté à l'état de ce patient ne figure sur la liste prévue à l'article L. 165-1.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie adresse un rapport annuel concernant les décisions prises en application de l'alinéa précédent au président de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. La commission émet un avis sur ce rapport qu'elle transmet aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et au collège de la Haute Autorité de santé.

Section 5 : Dispositions complémentaires relatives à certains dispositifs médicaux

Article R165-26

Les dispositions de la présente section sont applicables aux orthoprothèses sur mesure, aux prothèses oculaires et aux chaussures orthopédiques.

Article R165-28

Les médecins du service médical de la caisse d'assurance maladie dont dépend l'assuré peuvent, après en avoir informé celui-ci, contrôler la bonne exécution et la bonne adaptation des appareils. Ce contrôle intervient également lorsque l'assuré en fait la demande auprès de la caisse.

Les opérations nécessaires au contrôle peuvent être réalisées à la demande du service médical de la caisse par un service ou organisme présentant les mêmes garanties de compétence et d'indépendance que le service médical de la caisse, dans le cadre d'une convention conclue avec ce service ou organisme.

Section 6 : Dispositions applicables en cas de non-respect du prix fixé en application de l'article L. 165-3.

Article R165-31

La notification des faits reprochés à la personne ayant facturé le produit ou la prestation, mentionnée au premier alinéa de l'article L. 165-3-1, précise que cette personne a un mois pour faire valoir ses observations écrites. Le délai court à compter de la réception de la notification.

L'assuré peut faire valoir ses observations dans un délai d'un mois à compter de la réception de la copie de la lettre de notification.

Article R165-31-1

L'organisme d'assurance maladie a un mois, à compter de la réception des observations écrites de la personne ayant facturé le produit ou la prestation, pour la mettre en demeure le cas échéant de lui verser la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté.

A défaut d'observations écrites, le délai d'un mois mentionné à l'alinéa précédent court à compter de l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R. 165-31.

Article R165-31-2

La mise en demeure est motivée. Elle indique le délai imparti pour verser à l'organisme d'assurance maladie la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Elle mentionne les voies et délais de recours qui lui sont applicables.

Article R165-31-3

La pénalité financière mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 165-3-1 ne peut excéder deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur à la date du prononcé de la pénalité.

Elle est calculée en appliquant au dépassement du prix fixé mentionné à l'article L. 165-3 un taux fixé ainsi qu'il suit :

Dépassement < ou = 25 % du prix.	Pénalité = 120 % du dépassement.
Dépassement > 25 % et < ou = 50 % du prix.	Pénalité = 135 % du dépassement.
Dépassement > 50 % du prix.	Pénalité = 150 % du dépassement.

Lorsque la personne s'est déjà vu infliger une pénalité financière dans les deux ans précédents, l'organisme peut prononcer une pénalité majorée qui se calcule de la façon suivante :

Dépassement < ou = 25 % du prix.	Pénalité = 130 % du dépassement.
Dépassement > 25 % et < ou = 50 % du prix.	Pénalité = 145 % du dépassement.
Dépassement > 50 % du prix.	Pénalité = 160 % du dépassement.

Section 7 : Dispositions relatives à la déclaration des produits et prestations prévue à l'article L. 165-5.

Article R165-32

I.-La déclaration, prévue à l'article L. 165-5, des produits mentionnés à l'article L. 165-1 est effectuée soit par le fabricant ou, le cas échéant, son mandataire, soit par le distributeur au sens de l'article R. 5211-4 du code de la santé publique. Cette déclaration comprend :

1° Le ou les codes sous lesquels les produits sont inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

2° Le nom commercial du produit ;

3° La référence commerciale du produit ;

4° Le nom du fabricant ;

5° Le type de produit ;

6° Le cas échéant, la classe du dispositif médical au sens de l'article R. 5211-7 du code de la santé publique.

II.-La déclaration, prévue au même article L. 165-5, des prestations mentionnées à l'article L. 165-1 est effectuée par les distributeurs. Sont assujettis à cette obligation de déclaration les distributeurs dont l'activité consiste à titre principal à commercialiser ces prestations. Cette déclaration comprend le ou les codes sous lesquels les prestations sont inscrites sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ainsi que le nom du distributeur effectuant la déclaration.

III.-La déclaration prévue aux I et II est effectuée auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé par voie électronique, selon des modalités techniques définies et portées à la connaissance des intéressés par l'agence, permettant d'assurer la sécurité des informations transmises.

La déclaration est faite auprès de l'agence dans le délai de trois mois à compter de l'inscription, selon l'une des modalités prévues à l'article R. 165-3, du produit ou de la prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1, le cas échéant de la radiation de cette liste ou de toute modification portant sur l'un des éléments précédemment déclarés. S'agissant d'un produit ou d'une prestation correspondant à une description générique, l'inscription, pour l'application du présent article, est réputée effectuée à la date de première commercialisation du produit ou de la prestation comportant le ou les codes mentionnés aux I et II.

Les déclarations reçues par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé au titre des dispositions du présent article sont rendues publiques sur le site de l'agence.

Article R165-33

I. - Lorsqu'elle envisage d'infliger la pénalité financière prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 165-5, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en informe soit le fabricant ou, le cas échéant, son mandataire, soit le distributeur du produit ou de la prestation intéressés, en précisant les motifs de sa décision. Cette information est transmise à son destinataire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans le délai d'un mois à compter de la réception de cette lettre, son destinataire peut adresser des observations écrites à l'agence ou demander à être entendu par elle.

Le montant de la pénalité financière est déterminé en fonction de l'importance du manquement constaté.

Le fabricant ou, le cas échéant, son mandataire, le distributeur du produit ou de la prestation sont tenus de déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, sur demande de cette dernière, les éléments de chiffre d'affaires nécessaires à la détermination du montant de la pénalité.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé notifie soit au fabricant ou, le cas échéant, à son mandataire, soit au distributeur du produit ou de la prestation en cause et à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, par lettre recommandée avec avis de réception, le montant de la pénalité, les motifs de la décision, le délai de règlement ainsi que les voies et délais de recours contre cette décision.

L'intéressé s'acquitte du montant de la pénalité financière dans un délai d'un mois à compter de la notification prévue ci-dessus auprès de l'agent comptable de l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1.

Le règlement de la pénalité ne dispense pas le fabricant ou le distributeur d'effectuer la déclaration prévue à l'article L. 165-5. Dans le cas où il persiste pendant un an à manquer à cette obligation, il s'expose à la reconduction de la procédure de sanction.

Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité.

Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. L'agent comptable de cet organisme notifie à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale les montants perçus.

II. - Les dispositions du présent article sont applicables à la pénalité pour méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée prévue au II de l'article L. 165-5.

Section 8 : Dispositions relatives à la pénalité financière prévue à l'article L. 165-3

Article R165-34

I. # Si, au cours de l'exécution de l'étude de suivi du produit ou de la prestation prévue en vertu du 2° du II de l'article L. 165-3 par la convention conclue avec le comité économique des produits de santé, le fabricant, le distributeur ou l'organisation signataire constatent qu'ils rencontrent des difficultés ou que les délais de mise en œuvre ou de remise de l'étude ne pourront être respectés, ils en informent le comité dans les plus brefs délais.

A défaut, si le fabricant ou le distributeur n'a pas engagé ou n'a pas remis l'étude considérée dans les délais prévus, le manquement, mentionné au même II, à l'engagement qu'il a souscrit est constitué.

II. # Lorsque le fabricant, le distributeur ou l'organisation signataire a adressé l'information prévue au premier alinéa, le manquement est constitué si le fabricant ou le distributeur n'a pas engagé ou n'a pas remis l'étude à l'issue du délai supplémentaire accordé par le comité ou, si un délai supplémentaire a été refusé, à l'issue des délais fixés par la convention.

III. # Le manquement est aussi constitué lorsque l'étude de suivi remise ne comporte manifestement pas les éléments attendus aux termes de la convention.

Article R165-35

I. # Lorsque le comité économique des produits de santé envisage de prononcer la pénalité prévue au II de l'article L. 165-3, il informe le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation de son intention de lui infliger une pénalité financière par lettre recommandée avec avis de réception ; cette lettre précise les motifs pour lesquels une pénalité est envisagée. Dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information, le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation peut adresser des observations écrites au comité économique des produits de santé ou demander à être entendu par le comité.

Le montant de la pénalité financière est déterminé en fonction de la gravité du manquement constaté et, s'il s'agit d'une étude collective, en fonction de la responsabilité propre de chaque fabricant ou distributeur dans la réalisation du manquement. Ce montant ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, durant les douze mois précédant la constatation du manquement, au titre des produits ou des prestations faisant l'objet de l'étude de suivi.

Les fabricants ou les distributeurs du produit ou de la prestation sont tenus de déclarer au comité économique des produits de santé les éléments de leur chiffre d'affaires nécessaires à la fixation de la pénalité.

II. # Le comité économique des produits de santé notifie au fabricant ou au distributeur du produit ou de la prestation par lettre recommandée avec avis de réception et à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le montant de la pénalité, les motifs qui la justifient, le délai de règlement ainsi que les voies et délais de recours.

Le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation doit s'acquitter du montant de la pénalité financière dans un délai d'un mois auprès de l'agent comptable de l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1.

Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité.

III. # Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. L'agent comptable informe le comité économique des produits de santé et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale des montants perçus.

Section 9 : Modalités de prescription et de délivrance des produits et prestations

Article R165-36

La prescription de produits ou de prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ne peut être faite pour une durée supérieure à douze mois.

Article R165-37

L'ordonnance comportant la prescription d'un produit ou d'une prestation inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 indique soit la durée totale de la prescription, soit le nombre de renouvellements de la prescription par périodes maximales d'un mois, dans la limite de douze mois.

Article R165-38

L'ordonnance comportant la prescription d'un produit ou d'une prestation inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 doit être conforme notamment aux conditions particulières de prescription que peut fixer cette liste et auxquelles est subordonnée la prise en charge.

Outre les éléments et références mentionnés à l'article R. 161-45, l'ordonnance comportant la prescription d'un produit ou d'une prestation indique notamment, pour en permettre la prise en charge et lorsque ces informations sont utiles à la bonne exécution de la prescription :

- 1° La désignation du produit ou de la prestation permettant son rattachement précis à la liste mentionnée à l'article L. 165-1 ;
- 2° La quantité de produit ou le nombre de conditionnements nécessaires compte tenu de la durée de prescription prévue ;
- 3° Le cas échéant, les conditions particulières d'utilisation du produit ou de la prestation auxquelles est subordonnée son inscription sur ladite liste ;
- 4° Le cas échéant, l'âge et le poids du bénéficiaire des soins.

Article R165-39

Pour permettre la prise en charge des produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et disponibles sous différents conditionnements, le distributeur au détail délivre au patient le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.

Article R165-40

Pour en permettre la prise en charge, le distributeur au détail ne peut effectuer la première délivrance de produits ou de prestations inscrits sur ladite liste que sur présentation d'une ordonnance datant de moins de six mois. Le cas échéant, dans l'intérêt de la santé du patient, le prescripteur peut décider que l'exécution de l'ordonnance devra intervenir dans un délai inférieur à six mois ; dans ce cas, le prescripteur porte expressément sur l'ordonnance la mention " A exécuter avant le " suivie de la date à laquelle, au plus tard, la prescription devra avoir été exécutée.

La validité de l'ordonnance est expirée à l'issue de la délivrance des produits et prestations correspondant à la durée totale de la prescription.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables à la prescription et à la délivrance des produits d'optique-lunetterie et audioprothèses.

Article R165-41

Pour en permettre la prise en charge, le distributeur au détail ne peut délivrer, en une seule fois, un volume de produits ou de prestations correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois de trente jours.

Toutefois, les produits disponibles sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée, dans la limite de la durée totale de prescription restant à courir et sous réserve qu'il s'agisse du conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.

Article R165-42

Lorsque l'ordonnance portant prescription d'un produit ou d'une prestation inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ne comporte pas une ou plusieurs informations nécessaires à l'exécution et à la prise en charge de la prescription, le distributeur au détail en informe le prescripteur, sans délai et par tout moyen, et sollicite les précisions permettant la délivrance et la prise en charge du produit ou de la prestation.

Le distributeur au détail mentionne expressément sur l'ordonnance ces précisions, l'accord du prescripteur ainsi que la date de cet accord, et y appose sa signature et son timbre professionnel. Il envoie copie de l'ordonnance ainsi modifiée au prescripteur pour validation, par tout moyen permettant d'en justifier la réception.

Article R165-43

La prise en charge d'un produit ou d'une prestation inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ne peut intervenir que si le produit ou la prestation a été effectivement délivré et, dans le cas où la prescription concerne un produit implantable, que si celui-ci a été effectivement implanté.

Article R165-44

Les dispositions des articles R. 165-36, R. 165-37 et R. 165-41 ne sont pas applicables aux produits d'optique-lunetterie et aux produits ou prestations pour lesquels le prescripteur estime qu'une durée de traitement ou d'utilisation ne peut être prédéterminée. Il en fait mention sur l'ordonnance.

Section 10 : Dispositions relatives aux pénalités financières prévues aux articles L. 165-8-1 et L. 165-13

Article R165-45

I.-Pour la mise en œuvre de la pénalité prévue à l'article L. 165-8-1, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé transmet sans délai au comité économique des produits de santé une

copie des décisions de retrait d'autorisation de publicité qu'elle prononce en application de l'article L. 5213-4 du code de la santé publique et des décisions d'interdiction de publicité qu'elle prononce en application de l'article L. 5213-5 du même code.

II.-Lorsque le comité économique des produits de santé envisage de prononcer la pénalité prévue à l'article L. 165-8-1, il en informe le fabricant, son mandataire ou le distributeur concerné par tout moyen permettant d'en établir la date de réception, en lui précisant les motifs pour lesquels une pénalité est envisagée. Dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information, le fabricant, son mandataire ou le distributeur peut adresser ses observations écrites au comité ou demander à être entendu par lui.

Le fabricant, son mandataire ou le distributeur concerné est tenu de déclarer dans le même délai au comité économique des produits de santé les éléments de son chiffre d'affaires nécessaires à la fixation de la pénalité.

III.-Le comité économique des produits de santé notifie sa décision au fabricant, à son mandataire ou au distributeur concerné par tout moyen permettant d'en établir la date de réception, les motifs qui justifient le principe et le montant de la pénalité, le délai de règlement ainsi que les voies et délais de recours. Le comité communique sa décision à l'organisme de recouvrement compétent.

Dans un délai d'un mois à compter de la notification, le fabricant, son mandataire ou le distributeur s'acquitte de la pénalité auprès de l'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent.

Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité.

IV.-L'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent informe le comité économique des produits de santé des montants perçus.

V.-Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article R165-45-1

I.-Lorsque les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale envisagent de prononcer la pénalité prévue à l'article L. 165-13, ils en informent le fabricant, le mandataire ou le distributeur par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, en lui précisant les motifs pour lesquels une pénalité est envisagée. Dans le délai d'un mois suivant la réception de cette information, le fabricant, le mandataire ou le distributeur peut adresser ses observations écrites aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et demander à être entendu par eux.

Le fabricant, le mandataire ou le distributeur est tenu de déclarer aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans le délai mentionné au premier alinéa, les éléments de son chiffre d'affaires nécessaires à la fixation de la pénalité.

II.-Le manquement est constitué lorsque les études complémentaires demandées en application du IV de l'article L. 165-11 ne sont pas réalisées dans les délais requis ou lorsque les études remises ne comportent manifestement pas les éléments attendus aux termes de la demande.

III.-Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale notifient au fabricant, au mandataire ou au distributeur, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, les motifs qui justifient le principe et le montant de la pénalité, le délai de règlement ainsi que les voies et délais de recours. Les ministres communiquent leur décision à l'organisme de recouvrement compétent.

Dans un délai d'un mois à compter de la notification, le fabricant, le mandataire ou le distributeur s'acquitte de la pénalité auprès de l'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent.

Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité.

IV.-L'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale des montants perçus.

Section 11 : Dispositions relatives au contrôle des spécifications techniques et à la pénalité financière prévus à l'article L. 165-1-2

Article R165-46

Un contrôle du respect des spécifications techniques prévu à l'article L. 165-1-2 peut être effectué :

1° Soit dans le cadre d'un programme annuel défini par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en concertation avec les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le comité économique des produits de santé, la Haute Autorité de santé et des organisations représentatives des fabricants et des distributeurs. Ce programme peut tenir compte de propositions émises par les agences régionales de santé, les professionnels de santé ou les organismes d'assurance maladie ;

2° Soit sur demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° Soit à l'initiative de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, notamment dans le cadre de ses missions de surveillance du marché et de matériovigilance ou sur signalement de la Haute Autorité de santé.

Article R165-47

I. # La saisie des produits en vue de leur contrôle est effectuée, le cas échéant de façon inopinée, par des agents mentionnés aux articles L. 5313-1 et L. 5313-3 du code de la santé publique, dans les conditions prévues à l'article L. 1421-2 du même code. La saisie peut notamment intervenir chez le fabricant, son mandataire, le distributeur, sur un lieu de vente au public ou dans un établissement de santé.

Les agents qui effectuent la saisie délivrent à la personne physique ou morale auprès de qui elle est opérée une attestation précisant la nature et la quantité des produits saisis.

La compensation financière prévue au I de l'article L. 165-1-2 est à la charge du fabricant, du mandataire ou du distributeur qui a cédé en dernier lieu le produit saisi. Elle doit être versée dans un délai de trois mois à compter de la présentation de l'attestation mentionnée au précédent alinéa.

II. # Des vérifications complémentaires peuvent être effectuées auprès du fabricant, de son mandataire ou du distributeur dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 à L. 1421-3 du code de la santé publique.

Pour l'application de l'article L. 1421-2, le fabricant, son mandataire ou le distributeur est, sauf urgence ou suspicion de fraude, prévenu au moins sept jours à l'avance et avisé du droit de se faire assister du conseil de son choix, par tout moyen permettant d'en vérifier la date de réception.

III. # Un rapport de contrôle est établi par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, le cas échéant au vu des conclusions de l'organisme compétent auquel elle a recouru en application du I de l'article L. 165-1-2.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe, par tout moyen permettant d'en vérifier la date de réception, le fabricant, son mandataire ou le distributeur des conclusions du contrôle et, le cas échéant, des manquements constatés ; elle y joint une copie du rapport. Dans le délai d'un mois suivant la réception, le fabricant, son mandataire ou le distributeur peut adresser des observations écrites à l'agence ou demander à être entendu par elle.

A l'issue de la procédure mentionnée au précédent alinéa, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé informe, par un courrier dont la date de réception peut être vérifiée, le fabricant, son mandataire ou le distributeur de ses conclusions définitives et, le cas échéant, des manquements retenus, des mesures correctives qu'ils appellent et des pénalités encourues.

Une copie de ce courrier est adressée, outre les destinataires mentionnés au II de l'article L. 165-1-2, à la Haute Autorité de santé.

Article R165-48

I. # Lorsque le comité économique des produits de santé envisage de prononcer la pénalité prévue au II de l'article L. 165-1-2, il en informe le fabricant, son mandataire ou le distributeur par tout moyen permettant d'en vérifier la date de réception, en lui précisant les motifs pour lesquels une pénalité est envisagée. Dans le délai d'un mois suivant la réception, le fabricant, son mandataire ou le distributeur peut adresser ses observations écrites au comité ou demander à être entendu par lui.

Le fabricant, son mandataire ou le distributeur est tenu de déclarer dans le même délai au comité économique des produits de santé les éléments de son chiffre d'affaires nécessaires à la fixation de la pénalité.

II. # Le comité économique des produits de santé notifie sa décision au fabricant, à son mandataire ou au distributeur par tout moyen permettant d'en vérifier la date de réception, les motifs qui justifient le principe et le montant de la pénalité, le délai de règlement ainsi que les voies et délais de recours. Le comité communique sa décision à l'organisme de recouvrement compétent.

Dans un délai d'un mois à compter de la notification, le fabricant, son mandataire ou le distributeur s'acquitte de la pénalité auprès de l'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent.

Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité.

III. # L'agent comptable de l'organisme de recouvrement compétent informe le comité économique des produits de santé des montants perçus.

Section 12 : Dispositions relatives à l'évaluation et à la prise en charge de certains produits de santé financés dans les tarifs des prestations d'hospitalisation prévues à l'article L. 165-11

Article R165-49

Les catégories homogènes de produits de santé définies au II de l'article L. 165-11 sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale compte tenu, notamment, des indications fournies par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, la Haute Autorité de santé, les agences régionales de santé ou les professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6.

Les ministres fixent également pour chacune de ces catégories homogènes :

1° Le délai pendant lequel les établissements de santé peuvent continuer à acheter, fournir, prendre en charge et utiliser les produits de santé déjà financés au titre des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. Ce délai est fixé dans une limite de quatre ans, en tenant compte du caractère invasif des produits concernés, des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé publique et de la capacité de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 à les évaluer ;

2° Les modalités d'inscription retenues au sens de l'article R. 165-50.

Article R165-50

Les produits sont inscrits sur la liste mentionnée au I de l'article L. 165-11 par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette inscription s'effectue selon l'une des modalités suivantes :

- 1° Par la description générique du produit énumérant les principales caractéristiques de celui-ci ;
- 2° Sous forme de nom de marque ou de nom commercial pour les produits présentant un caractère innovant ou lorsque l'impact sur les dépenses d'assurance maladie, les impératifs de santé publique ou le contrôle des spécifications techniques minimales justifient un suivi particulier nominal.

L'arrêté mentionné au premier alinéa précise la durée d'inscription du produit, dans une limite de cinq ans renouvelable, ainsi que, le cas échéant, les indications thérapeutiques ou diagnostiques et les conditions particulières de prescription ou d'utilisation du produit ouvrant droit à son achat, sa fourniture, sa prise en charge et son utilisation, et les études complémentaires qui devront être réalisées avant la fin de la période d'inscription.

Un code est attribué à chaque produit ou description générique inscrit sur la liste.

Article R165-51

Ne peuvent être inscrits ni voir renouvelée leur inscription sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11 :

- 1° Les produits pour lesquels les règles applicables en matière de publicité n'ont pas été respectées ;
- 2° Les produits dont le service attendu ou rendu est insuffisant ;
- 3° Les produits qui ne satisfont pas aux exigences de mise sur le marché prévues par le code de la santé publique ;
- 4° Les produits susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.

Article R165-52

Pour les produits appartenant aux catégories homogènes définies au II de l'article L. 165-11, l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 vaut inscription, aux mêmes conditions, sur la liste mentionnée au I de l'article L. 165-11.

Article R165-53

En vue de l'inscription ou de la modification des conditions d'inscription de leur produit sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11, les fabricants, ou leurs mandataires, ou les distributeurs, ou, le cas échéant, leurs représentants dans le cas d'une inscription sous forme de description générique déposent une demande auprès de la commission mentionnée à l'article L. 165-1, qui en accuse réception. Une copie est simultanément adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La demande est accompagnée d'un dossier comportant les informations nécessaires à l'appréciation de la pertinence d'une inscription sur la liste ou d'une modification des conditions d'inscription.

Si les éléments d'appréciation communiqués sont insuffisants, la commission prévue à l'article L. 165-1 ou les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale font connaître au demandeur les renseignements complémentaires détaillés qui sont nécessaires. Une copie de cette demande de renseignements complémentaires est simultanément adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et à la commission mentionnée ci-dessus. Dans ce cas, le délai mentionné à l'article R. 165-55 est suspendu à compter de la date de réception de cette demande d'informations et jusqu'à la date de réception des informations demandées.

L'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 porte sur les éléments prévus aux articles R. 165-2 et R. 165-11, à l'exception du 3° de ce dernier article.

Article R165-54

Lorsque l'initiative de l'inscription ou de la modification des conditions d'inscription d'un produit est prise par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les fabricants, ou leurs mandataires, ou les distributeurs concernés en sont informés par une notification individuelle ou, lorsque l'inscription est envisagée sous forme de description générique, par un avis publié au Journal officiel. Ils peuvent présenter des observations écrites ou demander à être entendus par la commission mentionnée à l'article L. 165-1 dans un délai de trente jours à compter de la réception de la notification ou de la publication de l'avis.

Article R165-55

Les décisions relatives à l'inscription ou à la modification des conditions d'inscription d'un produit sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11 sont publiées au Journal officiel. Elles sont prises et communiquées dans un délai de cent quatre-vingts jours à compter de la réception de la demande.

Article R165-56

La demande de renouvellement de l'inscription d'un produit sur la liste mentionnée au I de l'article L. 165-11 est présentée par les fabricants, ou leurs mandataires, ou leurs distributeurs, ou, le cas échéant, leurs représentants dans le cas d'une inscription sous forme de description générique, au plus tard cent quatre-vingts jours avant l'expiration de la durée d'inscription. Elle est adressée à la commission mentionnée à l'article L. 165-1, qui en accuse réception. Une copie est adressée simultanément aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La demande est accompagnée d'un dossier comportant les informations nécessaires à l'appréciation des conditions de renouvellement de l'inscription.

Si les éléments d'appréciation communiqués sont insuffisants, la commission prévue à l'article L. 165-1 ou les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale font connaître au demandeur les renseignements complémentaires détaillés qui sont nécessaires. Une copie de cette demande de renseignements complémentaires est simultanément adressée aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et à la commission mentionnée ci-dessus. Dans ce cas, la durée d'inscription est prolongée d'une durée égale à la période séparant la date de réception de cette demande d'informations et la date de réception des informations demandées, dans une limite de trois mois.

L'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 porte sur les éléments mentionnés à l'article R. 165-11-1, à l'exception de son 2°.

Article R165-57

Les décisions relatives au renouvellement de l'inscription sont prononcées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et publiées au Journal officiel avant l'expiration de la durée d'inscription. Elles sont communiquées aux demandeurs.

A l'expiration de la durée d'inscription, en l'absence de publication de la décision relative à son renouvellement et si un dossier comportant l'ensemble des éléments nécessaires a été déposé au plus tard cent quatre-vingts jours auparavant, le renouvellement de l'inscription est accordé tacitement dans les mêmes conditions et pour la même durée. Lorsqu'une demande de renseignements complémentaires a été adressée en application du deuxième alinéa de l'article R. 165-56, ce renouvellement tacite est accordé à l'expiration de la durée d'inscription telle que rallongée en application de ce même alinéa et sous réserve que les éléments demandés aient été adressés dans un délai de trois mois à compter de la demande. Un avis mentionnant ce renouvellement est communiqué à la personne ayant déposé le dossier et publié au Journal officiel.

Article R165-58

Peuvent être radiés de la liste prévue au I de l'article L. 165-11, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1, les produits qui cessent de remplir les critères d'inscription ou de renouvellement d'inscription sur cette liste mentionnés à l'article R. 165-51 ou dont les conditions de prescription et d'utilisation ne respectent pas celles mentionnées au IV de l'article L. 165-11.

La radiation est prononcée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres informent le fabricant, ou son mandataire, ou le distributeur du projet de radiation. Dans le cas d'une description générique, cette information est effectuée par la publication d'un avis au Journal officiel.

Le fabricant, ou son mandataire, ou le distributeur peut présenter des observations écrites, dans le délai de trente jours suivant la réception ou la publication de l'information, ou demander dans le même délai à être entendu par la commission mentionnée ci-dessus.

Article R165-59

Les produits qui font l'objet d'une interdiction de mise sur le marché, d'utilisation, de prescription, de délivrance ou d'administration sont radiés de la liste prévue au I de l'article L. 165-11 sans qu'il soit fait application des dispositions de l'article R. 165-58.

Peuvent être radiés, dans les conditions prévues au premier alinéa, les produits dont la commercialisation est suspendue ou interrompue.

Article R165-60

Le projet d'avis de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 rendu au titre des articles R. 165-53, R. 165-56 et R. 165-58 est communiqué au fabricant, ou son mandataire, ou au distributeur ou à un représentant lorsque l'avis a été rendu à l'initiative d'un de ces derniers ou lorsque est concerné un produit inscrit sous forme de marque ou de nom commercial. Ces personnes disposent d'un délai de huit jours suivant la réception de cet avis pour présenter des observations écrites ou demander à être entendues par la commission.

L'avis définitif est communiqué au fabricant, à son mandataire, au distributeur ou à leur représentant et transmis simultanément aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il est rendu public.

Article R165-61

La commission mentionnée à l'article L. 165-1 peut, à son initiative ou à la demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, réévaluer le service attendu ou rendu des produits inscrits sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11, notamment lorsqu'elle émet un avis favorable à l'inscription sur cette liste d'un produit susceptible de modifier substantiellement les stratégies thérapeutiques, diagnostiques ou de compensation du handicap antérieures.

Article R165-62

Les décisions portant refus d'inscription sur la liste prévue au I de l'article L. 165-11, refus de modification des conditions d'inscription, refus de renouvellement d'inscription ou radiation de la liste sont notifiées au fabricant, ou à son mandataire, ou au distributeur, ou à leur représentant. Ces décisions sont motivées et mentionnent les voies et délais de recours qui leur sont applicables.

Section 13 : Dispositions relatives à la prise en charge des produits de santé ou actes innovants mentionnés à l'article L. 165-1-1

Sous-section 1 : Conditions d'éligibilité relatives à la prise en charge des produits de santé ou actes innovants

Article R165-63

Au sens de la présente section, un produit de santé ou un acte est considéré comme innovant lorsqu'il répond à l'ensemble des quatre conditions suivantes :

1° Il présente un caractère de nouveauté autre qu'une simple évolution technique par rapport aux technologies de santé utilisées dans les indications revendiquées ;

2° Il se situe en phase précoce de diffusion, ne justifie pas un service attendu suffisant compte tenu des données cliniques ou médico-économiques disponibles, ne fait pas et n'a jamais fait l'objet d'une prise en charge publique dans les indications revendiquées ;

3° Les risques pour le patient et, le cas échéant, pour l'opérateur liés à l'utilisation du produit de santé ou de l'acte ont été préalablement caractérisés comme en attestent des études cliniques disponibles ;

4° Des études cliniques ou médico-économiques disponibles à la date de la demande établissent que l'utilisation du produit de santé ou de l'acte est susceptible de remplir l'un des objectifs suivants :

- a) Apporter un bénéfice clinique important en termes d'effet thérapeutique, diagnostique ou pronostique, permettant de satisfaire un besoin médical non couvert ou insuffisamment couvert ;
- b) Réduire les dépenses de santé, du fait d'un bénéfice médico-économique apprécié en termes d'efficience ou d'impact budgétaire sur le coût de la prise en charge. Le bénéfice médico-économique n'est pris en compte que lorsque le produit de santé ou l'acte considéré est estimé au moins aussi utile au plan clinique que les technologies de santé de référence.

Les objectifs mentionnés au 4° peuvent être atteints soit directement par l'utilisation du produit de santé ou de l'acte, soit indirectement du fait des modifications organisationnelles induites par l'utilisation du produit de santé ou de l'acte.

Article R165-64

La prise en charge est subordonnée à la présentation d'une étude. Le projet d'étude est considéré comme pertinent si l'étude clinique ou médico-économique à laquelle la mise en œuvre du traitement doit donner lieu, déterminée dans l'arrêté mentionné à l'article R. 165-70, répond à l'ensemble des trois conditions suivantes :

1° L'étude clinique ou médico-économique proposée par le demandeur permet de réunir l'ensemble des données manquantes nécessaires pour établir l'amélioration du service attendu confirmant l'intérêt du produit de santé ou de l'acte innovants. Cette étude est comparative sauf en cas d'absence de comparateur pertinent ou d'impossibilité pour raison éthique ;

2° Les éventuelles autres études cliniques ou médico-économiques similaires en cours ou programmées sont produites afin d'évaluer la pertinence de réaliser l'étude susmentionnée dans le cadre défini par l'article L. 165-1-1 ;

3° La faisabilité de l'étude clinique ou médico-économique proposée apparaît raisonnable compte tenu notamment du projet de protocole et du budget prévisionnel de l'étude clinique ou médico-économique.

Sous-section 2 : Procédure de demande de prise en charge des produits de santé ou actes innovants

Paragraphe 1 : Dépôt de la demande

Article R165-65

La demande d'une prise en charge partielle ou totale de produit de santé ou d'acte innovants mentionnés à l'article L. 165-1-1 est présentée :

1° Pour les dispositifs médicaux définis par l'article L. 5211-1 du code de la santé publique, par le fabricant ou distributeur, en association, le cas échéant, avec toute entreprise assurant une prestation de service et mentionnée à l'article L. 5232-3 du même code ou avec tout établissement de santé défini par l'article L. 6111-1 du même code ;

2° Pour les dispositifs médicaux définis par l'article L. 5221-1 du code de la santé publique, par le fabricant ou distributeur, en association, le cas échéant, avec tout établissement de santé ;

3° Pour les actes, par un conseil national professionnel défini à l'article R. 4133-4 du code de la santé publique, en association, le cas échéant, avec tout établissement de santé.

Article R165-66

I.-La demande de prise en charge d'un produit de santé ou acte innovants au titre de l'article L. 165-1-1 est adressée par le demandeur simultanément sous format électronique à la Haute Autorité de santé et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II.-La demande comporte les éléments justificatifs suivants :

1° L'argumentaire établi par le demandeur justifiant la conformité aux conditions définies aux articles R. 165-63 et R. 165-64 et leurs pièces justificatives ;

2° Tout élément permettant l'évaluation du produit de santé ou de l'acte faisant l'objet de la demande, selon le référentiel établi par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition de la Haute Autorité de santé ;

3° Le budget prévisionnel de l'étude mentionnée à l'article R. 165-64, selon le modèle établi par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

4° L'engagement du demandeur de communiquer aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la Haute Autorité de santé, à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au Comité économique des produits de santé les résultats de l'étude mentionnée à l'article R. 165-64, de leur donner accès, sur leur demande, à l'ensemble des données de cette étude et de les autoriser à les utiliser à des fins de santé publique ou de fixation de tarifs dans les conditions du II de l'article R. 165-74. Le modèle de l'engagement est établi par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

III.-Sauf en cas de demande des services chargés de l'instruction, il n'est pas tenu compte des modifications que le demandeur apporterait à son dossier après avoir reçu l'accusé de réception mentionné au I de l'article R. 165-67 lui indiquant que sa demande est complète.

Paragraphe 2 : Instruction de la demande

Article R165-67

I.-A compter de l'accusé de réception de la demande complète, la Haute Autorité de santé dispose de quarante-cinq jours pour évaluer si l'ensemble des critères définis à l'article R. 165-63 et aux 1° et 2° de l'article R. 165-64 sont satisfaits et, le cas échéant, rendre un avis défavorable avant cette échéance, dans les conditions du II.

II.-Lorsque la demande ne satisfait pas à l'ensemble des critères mentionnés au I, la Haute Autorité de santé rend un avis précisant le motif de rejet de la demande au regard des critères et le communique aux ministres. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale notifient au demandeur une décision de rejet de la demande mentionnée à l'alinéa précédent. L'avis négatif de la Haute Autorité de santé est rendu public sur son site internet.

Article R165-68

Si l'évaluation mentionnée à l'article R. 165-67 est satisfaisante, deux évaluations supplémentaires sont menées simultanément permettant de se prononcer sur le critère défini au 3° de l'article R. 165-64 :

1° La Haute Autorité de santé évalue si le projet de protocole de l'étude mentionné au 3° de l'article R. 165-64 est pertinent ;

2° Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale évaluent si le budget prévisionnel de l'étude mentionné au 3° du II de l'article R. 165-66 est satisfaisant et si le coût global de la prise en charge envisagée est pertinent au regard des objectifs poursuivis par l'article L. 165-1-1.

La durée de leurs évaluations n'excède pas au total trente jours suivant l'expiration du délai mentionné à l'article R. 165-67.

Article R165-69

Au vu des évaluations mentionnées à l'article R. 165-68, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale statuent sur la demande au plus tard dans le délai de trente jours suivant l'expiration du délai mentionné à l'article R. 165-68, après avis de la Haute Autorité de santé.

Article R165-70

I.-En cas d'acceptation de la demande de prise en charge, l'arrêté mentionné à l'article L. 165-1-1 est publié au Journal officiel de la République française. Il comprend les mentions prévues aux articles R. 165-72 et R. 165-73.

II.-Une décision de rejet est prononcée pour l'un des motifs suivants :

1° La demande de prise en charge ne répond pas à l'un des critères définis aux articles R. 165-63 et R. 165-64 ;

2° L'un des justificatifs prévus au II de l'article R. 165-66 n'est pas satisfaisant ;

3° Le coût global de la prise en charge envisagée n'apparaît pas pertinent au regard des objectifs poursuivis par l'article L. 165-1-1.

III.-L'arrêté ou la décision est notifié au demandeur. L'avis de la Haute Autorité de santé est rendu public sur son site internet.

IV.-A défaut de décision intervenue dans le délai de cent vingt jours à compter de la réception de la demande mentionnée au I de l'article R. 165-67, la demande est réputée rejetée.

Paragraphe 3 : Recours gracieux

Article R165-71

I.-En cas de recours gracieux à l'encontre d'un refus de prise en charge, le demandeur peut, lors du dépôt de son recours, actualiser sa demande initiale en fonction des motifs énoncés dans la décision de refus et l'avis de la Haute Autorité de santé et, le cas échéant, des avis mentionnés aux articles L. 1123-6, L. 1123-7 et L. 1123-8 du code de la santé publique.

II.-Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent d'un délai de trente jours pour examiner le recours mentionné au I.

III.-A l'issue de ce délai, le recours gracieux est réputé rejeté.

Sous-section 3 : Modalités de prise en charge des produits de santé ou actes innovants

Article R165-72

I.-Aucun patient ne peut être inclus dans l'étude si l'ensemble des autorisations et des avis, mentionnés notamment aux articles L. 1123-7 et L. 1123-8 du code de la santé publique, n'a pas été délivré au demandeur. Ces autorisations et avis sont transmis dès leur délivrance au ministre chargé de la santé.

II.-L'arrêté mentionné à l'article R. 165-70 précise le montant du forfait de prise en charge par patient du produit de santé ou de l'acte et, le cas échéant, des frais d'hospitalisation, ainsi que la durée de la prise en charge qui comprend :

1° La durée de l'étude (phases d'inclusion, de suivi des patients et d'analyse des données) précisée dans le protocole d'étude validé par la Haute Autorité de santé au titre de l'article R. 165-69 ;

2° La durée de réévaluation par la Haute Autorité de santé et, en cas d'obtention d'un service attendu suffisant, la durée du processus de tarification selon le cas par le comité économique des produits de santé ou l'assurance maladie, conformément aux articles L. 162-1-7 ou R. 165-8.

III.-Pour l'application de l'article L. 165-1-1, ce mode de prise en charge est exclusif et ne peut se cumuler avec d'autres prestations et modes de financement pendant les deux périodes mentionnées au II, et ce pour les indications mentionnées dans l'arrêté de prise en charge.

IV.-Le forfait prévu à l'article L. 165-1-1 est pris en charge en totalité par l'assurance maladie.

V.-L'arrêté mentionné au II précise la liste des établissements de santé, des centres de santé et maisons de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait et les modalités de versement de celui-ci.

Article R165-73

L'arrêté mentionné à l'article R. 165-70 indique en outre le nombre de patients pouvant bénéficier de la prise en charge et précise :

1° Le nombre de patients à inclure au sein de l'étude, tel qu'il figure dans le protocole d'étude validé par la Haute Autorité de santé au titre de l'article R. 165-69 ;

2° Le nombre de patients additionnels pouvant bénéficier de l'accès au produit de santé ou à l'acte innovants dans le cadre de prise en charge durant les phases de suivi des patients et d'analyse des données au cours de l'étude ainsi que durant les périodes mentionnées au II de l'article R. 165-72. Ces patients additionnels ont accès au produit de santé ou à l'acte innovants au sein des établissements de santé, des centres de santé et des maisons de santé ayant participé à l'étude et énumérés dans l'arrêté de prise en charge conformément à l'article L. 165-1-1.

Article R165-74

I.-Le suivi du déroulement de l'étude clinique ou médico-économique mentionnée à l'article R. 165-64 est assuré par le ministre chargé de la santé.

II.-Les autorités mentionnées au 4° du II de l'article R. 165-66 garantissent la confidentialité des données et des secrets industriels et commerciaux couvrant les études cliniques ou médico-économiques mentionnées à l'article R. 165-64 lorsqu'elles se font communiquer ces études ou leurs données.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 6 : Contrôle médical.

Article R166-1

Pour effectuer les contrôles prévus respectivement par les articles L. 162-29, L. 162-29-1 et L. 162-30, les praticiens conseils mentionnés à l'article R. 166-8 ont librement accès à tout établissement, service ou institution sanitaire ou médico-sociale recevant des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Tous renseignements et tous documents administratifs d'ordre individuel ou général utiles à leur mission sont tenus à leur disposition par le directeur de l'établissement, du service ou de l'institution dans le respect des règles du secret professionnel.

Tous renseignements et tous documents d'ordre médical, individuel ou général sont tenus à leur disposition par les praticiens de l'établissement, du service ou de l'institution dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale.

Les praticiens conseils peuvent procéder à tout moment à l'examen des assurés et de leurs ayants droit. Les praticiens de l'établissement, du service ou de l'institution assistent à ces examens à leur demande ou à celle des praticiens conseils.

Article R166-2

Lorsque le praticien conseil estime, après avoir recueilli l'avis du médecin responsable des soins, que la prise en charge par l'assurance maladie des frais exposés par un assuré ou l'un de ses ayants droit dans un établissement, un service ou une institution sanitaire ou médico-sociale n'est pas médicalement justifiée au jour de l'examen médical, l'organisme dont relève l'assuré refuse la prise en charge ou, le cas échéant, y met fin.

Lorsque le praticien conseil estime, après avoir recueilli l'avis du médecin responsable des soins, que le service ou le département dans lequel se trouve l'assuré ou son ayant droit n'est pas approprié à son état pathologique, l'organisme d'assurance maladie dont relève l'assuré limite la prise en charge au tarif de

responsabilité du service ou du département de l'établissement le plus proche de sa résidence, ou le plus accessible, dans lequel le malade est susceptible de recevoir les soins appropriés à son état.

Lorsque le service ou le département dans lequel le bénéficiaire de l'assurance maladie est admis correspond au diagnostic prononcé lors de l'admission, le tarif de ce service s'applique jusqu'à la notification à l'assuré de la décision prise après que le médecin conseil a constaté que le service ou le département ne correspond plus aux soins appropriés à l'état du malade.

Dans le cas où la présence de l'assuré ou de son ayant droit dans un service ou un département qui ne correspond pas à son état résulte de circonstances de force majeure, il n'est pas fait application, pendant la période correspondant à ces circonstances, des dispositions du deuxième alinéa du présent article.

Article R166-3

L'admission directe d'un bénéficiaire de l'assurance maladie dans un service de moyen ou de long séjour est subordonnée à l'accord de l'organisme d'assurance maladie dont il relève, donné après avis du service du contrôle médical.

Sans préjudice des dispositions de la section 4 du chapitre 4 du titre VII du présent livre, le service du contrôle médical est informé, sous quarante-huit heures, de l'admission des assurés ou de leurs ayants droit dans les services de soins à domicile, d'hospitalisation à domicile et, en cas de transfert, dans des services de moyen ou de long séjour.

Article R166-4

Les praticiens conseils procèdent périodiquement dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-29 et pour remplir la mission définie par cet article à l'examen de la situation des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Article R166-5

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale du régime social des indépendants et, à leur demande, les autres organismes nationaux d'assurance maladie obligatoire déterminent par voie de convention conclue entre eux la répartition entre services de contrôle des missions d'analyse d'activité qui doivent être effectuées dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-29.

En l'absence de convention, ces missions sont assurées par le service du contrôle médical de la caisse chargée du versement de la dotation globale instituée par l'article L. 174-1 ou, à défaut, par le service du contrôle médical de la caisse désignée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Article R166-6

L'étude de l'activité des services ou des départements des établissements entrant dans le champ d'application de l'article L. 162-29 est effectuée par le contrôle médical sur la base, notamment, des documents mis à la disposition des organismes d'assurance maladie en application des articles 27 et 46 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 (1).

Article R166-7

Les observations que le service du contrôle médical désigné conformément aux dispositions de l'article R. 166-5 est appelé à formuler chaque année en application de l'article 35 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 comportent ses appréciations sur l'activité des services ou des départements des établissements correspondants.

Article R166-8

Pour l'application du présent chapitre, les praticiens conseils chargés du contrôle médical comprennent les médecins conseils, les chirurgiens-dentistes conseils et les pharmaciens conseils.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 7 : Tutelle aux prestations sociales

Section 6 : Rôle des tuteurs - Contrôle de leur gestion et fonctionnement des services de tutelle

Article R167-31

Les services de tutelle des établissements, associations et organismes agréés sont placés sous le contrôle du directeur départemental chargé de la cohésion sociale qui peut se faire présenter à tout moment la comptabilité et les pièces justificatives de dépenses.

Ce contrôle porte notamment sur l'autonomie financière des services de tutelle et le respect de l'affectation des personnels administratifs soit à plein temps, soit à temps partiel.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 1er : Dispositions générales - Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité - Dispositions applicables aux personnes exerçant des activités non salariées agricole et non agricole

Section 1 : Dispositions générales.

Article R171-1

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 171-2 est pris sur le rapport du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R171-1-1

Lorsque l'examen d'une demande de liquidation ou de révision d'une pension de retraite et de ses accessoires nécessite la prise en considération de périodes d'activité effectuées à l'étranger, le silence gardé pendant plus de quatre mois sur cette demande vaut décision de rejet.

Section 2 : Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité.

Article R171-2

Lorsque la majoration pour aide constante d'une tierce personne est susceptible d'être attribuée au titre de plusieurs régimes d'assurance vieillesse ou invalidité auxquels l'assuré a été affilié successivement, alternativement, ou simultanément, elle est servie par celui de ces régimes qui lui ouvre droit au bénéfice de l'assurance maladie. Si plusieurs de ces régimes lui ouvrent droit au bénéfice de l'assurance maladie, la majoration lui est accordée par celui dans lequel l'intéressé a la plus longue durée d'assurance.

Lorsque l'assuré a droit à un avantage de même nature en application d'une autre législation, il ne perçoit que la fraction de la majoration prévue à l'article L. 355-1 qui excède cet avantage.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 2 : Coordination en matière d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès

Section 2 : Coordination du régime agricole et des autres régimes

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article R172-1

Dans le cas où l'assuré a relevé successivement des régimes non agricole et agricole d'assurances sociales, ou inversement, le service et la charge des prestations incombent, sous réserve des conditions d'ouverture du droit aux prestations :

1°) à 3°) (alinéas abrogés)

4°) en ce qui concerne les prestations de l'assurance décès, au régime auquel l'assuré était affilié à la date du décès ;

5°) en ce qui concerne les prestations de l'assurance invalidité, au régime auquel l'assuré était affilié à la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité, ou de l'accident suivi d'invalidité, ou, à défaut à la date de la constatation médicale de l'état d'invalidité.

Si l'assuré a interrompu son activité pendant l'une des dates ci-dessus, le service et la charge des prestations incombent aux institutions du régime dont il relevait en dernier lieu.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, lorsque, lors de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou, à défaut, lors de la constatation médicale de l'état d'invalidité, l'assuré est passé depuis moins d'un an du régime agricole au régime non-agricole, ou inversement, la liquidation de ses droits au titre de l'assurance invalidité et la charge des prestations correspondantes incombent au régime dont l'assuré a relevé le plus longtemps, depuis une année de date à date. Les dispositions du présent alinéa ne sont pas applicables si l'invalidité est la conséquence d'un accident.

Article R172-2

Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations l'assuré doit justifier soit des conditions prévues aux articles L. 313-1, L. 313-2 et L. 341-2, lorsque le service et la charge des prestations incombent au régime de sécurité sociale des professions non agricoles, soit des conditions prévues à l'article 7 (1) du décret n° 50-444 du 20 avril 1950, lorsque le service et la charge des prestations incombent au régime agricole des assurances sociales.

Article R172-3

Pour l'appréciation du droit à prestations à l'égard de l'un des deux régimes agricole ou non-agricole, il est tenu compte :

1°) de la durée d'immatriculation à l'autre régime ;

2°) du temps de travail effectué dans une profession relevant de l'autre régime et du temps assimilé à un temps de travail pour l'ouverture du droit aux prestations à l'égard de cet autre régime.

Article R172-4

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité du régime général de sécurité sociale qui deviennent tributaires du régime agricole des assurances sociales, ou inversement, ne peuvent prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité de leur nouveau régime que pour une invalidité ayant une autre origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés.

Il est tenu compte, dans ce cas, pour la détermination de leurs droits à une nouvelle pension, de leur degré total d'incapacité.

Pour l'application des dispositions de l'article L. 341-5 et du dernier alinéa du paragraphe 4 de l'article 1er du décret n° 51-727 du 6 juin 1951 modifié, il est tenu compte du total des deux pensions.

Les arrérages cumulés des deux pensions ne peuvent excéder le salaire perçu par un travailleur de la catégorie professionnelle à laquelle l'assuré appartenait en dernier lieu et, lorsque l'entrée en jouissance de la deuxième pension est postérieure au 1er octobre 1958, 50 % de ce salaire. Ils ne peuvent, toutefois, être inférieurs au montant de la plus élevée des deux pensions.

La pension servie par le dernier régime est réduite, s'il y a lieu, à concurrence de l'excédent.

Article R172-5

Les régimes spéciaux de sécurité sociale, au sens de l'article L. 711-1 sont assimilés au régime général de sécurité sociale pour l'application des articles R. 172-1 et R. 172-3, réserve faite des conditions spéciales d'ouverture du droit aux prestations. Lorsque les conditions d'ouverture du droit aux prestations exigées par la réglementation propre à un régime spécial ne permettent pas l'octroi des prestations dudit régime, celui-ci est tenu d'accorder les prestations prévues par le régime général dans les conditions prévues par ce dernier.

Article R172-6

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité au titre d'un régime spécial de sécurité sociale ne peuvent prétendre, s'ils deviennent tributaires du régime agricole des assurances sociales, au bénéfice de l'assurance invalidité de ce régime, que pour une invalidité ayant une autre origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés. Il est tenu compte, dans ce cas, pour la détermination de leurs droits, de leur degré total d'incapacité.

Article R172-7

Les assurés titulaires d'une pension d'un régime spécial de sécurité sociale acquise à un autre titre que l'invalidité peuvent prétendre, s'ils deviennent tributaires du régime agricole des assurances sociales, au bénéfice de l'assurance invalidité de ce régime s'ils remplissent les conditions fixées par ledit régime.

Toutefois, dans le cas mentionné à l'article précédent et à l'alinéa ci-dessus, il est tenu compte, pour l'application des dispositions du dernier alinéa du 4° de l'article 1er du décret n° 51-727 du 6 juin 1951 modifié, du total de la pension d'invalidité du régime agricole et de la pension du régime spécial.

Ce total ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la catégorie professionnelle à laquelle l'assuré appartenait en dernier lieu.

La pension servie par le dernier régime est réduite, s'il y a lieu, à concurrence de l'excédent.

Ces dispositions sont également applicables à l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité au titre du régime agricole des assurances sociales, qui est ultérieurement admis au bénéfice d'une pension fondée sur la durée des services ou d'une pension d'invalidité, au titre d'un régime spécial. La pension d'invalidité du régime agricole est réduite, s'il y a lieu, à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension du régime spécial.

Article R172-8

Dans le cas où le travailleur relève simultanément du régime agricole et du régime non agricole des assurances sociales, le service des prestations éventuellement dues incombe :

1°) au régime non-agricole, lorsque l'assuré remplit les conditions d'ouverture du droit aux prestations exigées aux articles L. 313-1 et L. 341-2 compte tenu des seules périodes d'activité non agricole et des périodes de chômage involontaire constaté ;

2°) au régime agricole, lorsque l'assuré ne remplit pas les conditions prévues au 1° ci-dessus, mais remplit les conditions exigées à l'article 7 ou en application de l'article 8 (1) du décret n° 50-444 du 20 avril 1950, compte tenu des dispositions de l'article R. 172-3.

Article R172-9

Les prestations y compris les prestations en espèces, sont liquidées conformément aux modalités applicables dans le régime qui en assure le service.

Le salaire servant de base au calcul des prestations en espèces est fixé compte tenu des rémunérations perçues à la fois du fait du travail agricole et du fait du travail non agricole.

Toutefois, le salaire servant de base au calcul des prestations en espèces dues à un assuré qui a été affilié successivement à un régime spécial de sécurité sociale et au régime agricole des assurances sociales ou inversement est fixé en ne tenant compte que des rémunérations perçues au cours des périodes d'affiliation au régime auquel incombe la charge desdites prestations.

Sous-section 2 : Dispositions applicables aux assurés titulaires de plusieurs pensions.

Section 3 : Coordination entre divers régimes

Article R172-12-1

Pour l'application par un régime d'assurance maladie et maternité des dispositions de l'article L. 172-1 A, la période d'activité accomplie dans un autre régime régi par le présent code ou par le code rural et de la pêche maritime est prise en compte selon les règles suivantes :

1° La durée d'affiliation ou d'immatriculation à un régime est assimilée à une durée d'affiliation ou d'immatriculation dans l'autre régime ;

2° Le montant de cotisations acquitté dans un régime est considéré comme acquitté dans l'autre régime. Les périodes de cotisation ou la durée de travail effectuées ainsi que les périodes et durées assimilées dans un régime sont considérées comme effectuées dans l'autre régime. Chaque journée d'affiliation à un régime de travailleurs non salariés est considérée comme équivalant à six heures de travail salarié.

Article R172-12-2

Une attestation mentionnant les éléments prévus par l'article R. 172-12-1 est délivrée à la demande de la caisse chargée du service des prestations par les caisses des autres régimes concernés.

Toutefois, lorsque l'assuré a été bénéficiaire de l'un des revenus prévus par l'article L. 5421-2 du code du travail, il lui appartient d'adresser à la caisse chargée du service des prestations les pièces justifiant des périodes en cause.

Article R172-12-3

Pour l'application de l'article L. 172-1 A, le service et la charge financière des prestations incombent :

1° (Abrogé) ;

2° En ce qui concerne les prestations en espèces de l'assurance maladie, au régime auquel était affilié l'assuré au jour de l'interruption de travail ;

3° En ce qui concerne les prestations en espèces de l'assurance maternité, au régime auquel était affiliée l'assurée au début du repos prénatal ou à défaut au premier jour du neuvième mois précédant la date présumée de l'accouchement ;

4° En ce qui concerne les prestations en espèces servies en cas d'adoption, au régime auquel était affilié l'assuré le jour de l'arrivée de l'enfant dans le foyer ;

5° En ce qui concerne les prestations en espèces servies en cas de paternité, au régime auquel était affilié l'assuré le jour de l'accouchement de la mère.

Si l'assuré a interrompu son activité à la date considérée, le service et la charge financière des prestations incombent au dernier régime dont il relevait antérieurement.

Sous-section 1 : Détermination du régime d'assurance maladie applicable.

Sous-section 2 : Assurance invalidité.

Article R172-16

La présente sous-section fixe les conditions dans lesquelles sont ouverts et maintenus les droits aux prestations de l'assurance invalidité des personnes qui ont exercé successivement ou alternativement soit des activités relevant d'un régime de salariés et d'un régime de non salariés comportant la couverture du risque invalidité soit des activités relevant de plusieurs régimes de travailleurs non-salariés comportant chacun la couverture de ce même risque.

Article R172-17

Les régimes entrant dans le champ de la coordination prévue à l'article précédent sont les suivants :

1° Régimes de salariés :

- a) Le régime général de sécurité sociale ;
- b) Les régimes spéciaux de sécurité sociale ;
- c) Le régime des assurances sociales des professions agricoles ;

2° Régimes de travailleurs non salariés :

- a) Les régimes des travailleurs non salariés des professions non-agricoles;
- b) Le régime des avocats ;
- c) Le régime des travailleurs non salariés des professions agricoles ;

3° Le régime d'assurance invalidité des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses, auquel la présente sous-section s'applique dans les mêmes conditions qu'aux régimes des travailleurs non salariés.

Article R172-18

La charge et le service des prestations de l'assurance invalidité attribuées aux personnes mentionnées à l'article R. 172-16 incombent au régime dont relève l'activité exercée à la date de la constatation médicale de l'invalidité, dès lors que les intéressés, à défaut de satisfaire aux conditions prévues par la réglementation propre au régime dont ils sont devenus tributaires, remplissent les conditions définies à l'article R. 172-19 pour l'ouverture de leurs droits.

Article R172-19

Pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance invalidité :

1° Le temps de travail effectué dans un régime de salariés est pris en compte dès lors qu'il ouvrirait droit aux prestations de l'assurance invalidité au titre de ce régime ou qu'il aurait pu y ouvrir droit si l'activité de l'intéressé s'était poursuivie dans les mêmes conditions de périodicité ;

2° Chaque journée d'affiliation à un régime de travailleurs non salariés est considérée comme équivalant à six heures de travail salarié ; il en est de même de toute période d'exercice d'une activité relevant de l'un desdits régimes lorsqu'elle est antérieure à la date à partir de laquelle l'affiliation à ce régime devient obligatoire ;

3° Toute période d'affiliation à l'un des régimes mentionnés à l'article R. 172-16 est assimilée à une période d'affiliation au régime auquel incombe la charge des prestations ; il en est de même de toute période d'exercice d'une activité relevant de l'un desdits régimes lorsqu'elle est antérieure à la date à partir de laquelle l'affiliation à ce régime devient obligatoire, sous réserve de la justification par tous moyens de preuve de cette activité ;

4° Toute période de cotisations à l'un des régimes mentionnés à l'article R. 172-16 est assimilée à une période de cotisations au régime auquel incombe la charge des prestations.

Article R172-20

Lorsque la pension d'invalidité du régime auquel incombe la charge de la pension est calculée en fonction du salaire ou du revenu professionnel, il n'est tenu compte que des salaires ou revenus perçus au cours des périodes d'exercice d'une activité relevant de ce régime.

Article R172-21

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité au titre d'un régime de salariés qui viennent à exercer une activité relevant d'un régime de travailleurs non salariés, ou inversement, ne peuvent prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité de leur nouveau régime que pour une invalidité ayant une autre origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés ou bien lorsque celle-ci résulte d'une aggravation de la précédente invalidité non susceptible d'être indemnisée au titre du premier régime.

Les mêmes dispositions sont applicables aux assurés titulaires d'une pension d'invalidité au titre d'un régime de travailleurs non salariés qui viennent à exercer une activité relevant d'un autre de ces régimes.

Section 4 : Dispositions diverses.

Article R172-22

Lorsqu'une personne peut prétendre simultanément au bénéfice des prestations d'un même régime au titre des articles L. 381-2 ou L. 741-7, les prestations sont servies par priorité au titre des articles L. 381-2 ou L. 741-7.

Si les articles L. 381-2 et L. 741-7 sont applicables, il est fait application de l'article L. 381-2.

Lorsque des cotisations doivent être versées, elles le sont au titre des dispositions en application desquelles sont servies les prestations.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage

Section 1 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre le régime général et les régimes spéciaux

Sous-section 1 : Dispositions générales

Paragraphe 4 : Dispositions diverses.

Article R173-1

Le régime général de sécurité sociale continue à assurer selon ses propres règles la liquidation des avantages de vieillesse dues par les régimes spéciaux de retraite, autres que ceux qui sont mentionnés à la sous-section 2 de la présente section, aux assurés et aux conjoints survivants d'assurés qui ont été affiliés successivement, alternativement ou simultanément à un ou plusieurs de ces régimes et au régime général de sécurité sociale.

Le régime général est tenu de fournir aux régimes spéciaux de retraite auxquels il incombe de liquider directement et de servir des avantages de vieillesse au moins égaux à ceux du régime général, et à la demande de ces régimes, tous éléments d'information de nature à faciliter cette liquidation.

Les frais de gestion, résultant pour le régime général de l'application du présent article, lui sont remboursés par les régimes spéciaux concernés, dans les conditions fixées par décret.

Section 2 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre le régime agricole et les autres régimes.

Article R173-2

La décision de reconnaissance d'un état d'inaptitude au travail prise soit au titre du régime non agricole des salariés, soit au titre du régime agricole des salariés est valable pour l'autre régime. La décision est prise dans le cadre du régime auquel l'assuré cotisait à la date où son compte a été arrêté.

Article R173-3

Lorsqu'un assuré tributaire d'un régime spécial de retraite au sens de l'article R. 711-1 est admis à effectuer sous ce régime des versements rétroactifs pour des périodes ayant donné lieu au versement de cotisations du régime obligatoire des assurances sociales agricoles, la fraction des cotisations affectée à la couverture du risque vieillesse est annulée à l'égard de ce dernier régime et versée à la collectivité ou à l'établissement qui emploie l'assuré pour être affectée, s'il y a lieu, à sa caisse de retraite.

La part correspondant aux cotisations personnelles de l'assuré est déduite par ladite collectivité ou ledit établissement des versements rétroactifs que l'intéressé doit effectuer au titre du régime spécial.

L'annulation de versements prévue au présent article est opérée par la caisse centrale de secours mutuels agricoles à la demande de l'Etat, de l'établissement ou de la collectivité intéressé.

Article R173-3-1

Lorsqu'un assuré relève ou a relevé successivement ou simultanément du régime général de sécurité sociale et d'au moins l'un des régimes de protection sociale des professions agricoles, son droit au bénéfice des dispositions de l'article L. 351-1-4 du présent code et de l'article L. 732-18-3 du code rural et de la pêche maritime est apprécié par le régime au titre duquel a été reconnue l'incapacité permanente définie au I de ces articles. Cette règle est également applicable lorsqu'un assuré relève ou a relevé successivement ou simultanément du régime des assurances sociales agricoles et du régime de l'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles.

Lorsque l'assuré justifie d'au moins deux incapacités permanentes reconnues l'une par le régime général, l'autre par l'un des régimes de protection sociale des professions agricoles, la caisse compétente pour apprécier le droit à retraite est celle du régime au titre duquel a été reconnu le taux d'incapacité le plus élevé. En cas d'identité des taux, la caisse compétente est celle du régime ayant reconnu le taux d'incapacité permanente en dernier lieu.

Section 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre divers régimes

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article R173-4

Les avantages de vieillesse dus par le régime général de sécurité sociale aux assurés et aux conjoints survivants d'assurés ayant été affiliés successivement, alternativement ou simultanément à ce régime et à un ou plusieurs autres régimes de retraite entrant dans le champ d'application de la sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 du présent titre, des sous-sections 1 et 2 de la section 1 du présent chapitre, du décret n° 51-820 du 27 juin 1951 et du décret n° 58-436 du 14 avril 1958 sont déterminés à l'exception du taux applicable au salaire annuel de base pour la détermination duquel il est fait application des dispositions de l'article R. 351-27, sur la base des seules périodes d'assurance valables au regard dudit régime.

Sauf dans le cas prévu au premier alinéa de l'article R. 173-1, le régime général est tenu de faire connaître aux autres régimes de retraite dont l'assuré a relevé la date à laquelle il a reçu la demande de liquidation présentée par celui-ci ou par son conjoint survivant, dès réception de cette demande.

Il est également tenu de faire connaître aux régimes concernés, après liquidation des avantages de vieillesse dont la charge lui incombe, la date d'effet, le montant et les éléments de calcul de ces avantages, notamment le nombre de trimestres pris en compte pour ce calcul.

Article R173-4-1

Lorsqu'un assuré relève ou a relevé successivement, alternativement ou simultanément du régime général de sécurité sociale, des régimes de salariés et d'exploitants agricoles et des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, la demande de liquidation des droits à pension, directs ou dérivés, est adressée, au moyen d'un imprimé unique conforme à un modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture, à l'un des régimes précités, dit régime d'accueil, au choix de l'intéressé.

Au sein du régime d'accueil, la caisse chargée de la réception de la demande unique de retraite et du contrôle de sa recevabilité est la caisse compétente en vertu des règles propres à chaque régime.

L'imprimé de demande unique de retraite mentionné au premier alinéa doit être disponible dans toutes les caisses des régimes concernés, accompagné d'une notice précisant les règles de compétence mentionnées au deuxième alinéa.

Le régime d'accueil est tenu de communiquer aux autres régimes, dits régimes-partenaires, les copies de l'imprimé unique et, le cas échéant, des pièces justificatives nécessaires à la liquidation des droits qui leur incombe.

Article R173-4-2

Dans le cas où l'assuré a relevé de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, de celui des salariés agricoles, de celui des non-salariés du commerce ou de l'artisanat pour la partie de la carrière accomplie depuis le 1er janvier 1973, ou d'au moins deux de ces régimes, la majoration de sa durée d'assurance prévue au 2° de l'article R. 351-7 applicable au titre de chacun de ces régimes ne peut excéder le produit des deux termes suivants :

- la différence entre la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1 et la durée totale d'assurance de l'assuré, avant majoration, dans ces régimes ;

- le rapport entre la durée d'assurance accomplie dans ce régime, avant majoration, et la durée totale d'assurance accomplie par l'assuré dans l'ensemble de ces régimes avant majoration.

Le nombre total de trimestres ainsi obtenu au titre de chaque régime est arrondi, s'il y a lieu, soit à l'entier supérieur si la première décimale de ce nombre est égale ou supérieure à 5, soit à l'entier inférieur dans le cas contraire. En cas de décimales égales entre régimes, ce nombre est arrondi à l'entier supérieur pour le régime où la durée d'assurance, avant majoration, est la plus élevée et à l'entier inférieur pour l'autre ou les autres régimes.

Article R173-4-3

Lorsque l'assuré a acquis, dans deux ou plusieurs des régimes d'assurance vieillesse mentionnés par l'article L. 200-2 et au 2° de l'article L. 611-1 ainsi que par l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, des droits à pension dont le montant est fixé sur la base d'un salaire ou revenu annuel moyen soumis à cotisations, le nombre d'années retenu pour calculer ce salaire ou revenu est déterminé, pour les pensions prenant effet postérieurement au 31 décembre 2003, en multipliant le nombre d'années fixé dans le régime considéré, par les articles R. 351-29 et R. 351-29-1 ou R. 634-1 et R. 634-1-1, par le rapport entre la durée d'assurance accomplie au sein de ce régime et le total des durées d'assurance accomplies dans les régimes susvisés. Ces durées sont arrêtées au dernier jour du trimestre civil précédant l'entrée en jouissance de la pension.

Le nombre d'années ainsi obtenu est arrondi, pour chaque régime, au nombre d'années le plus proche sans que ce nombre puisse être inférieur à 1. La fraction d'année égale à 0,5 est comptée pour une année.

Le nombre d'années retenu ne peut excéder celui qui résulterait de l'application des seules dispositions prévues par les articles R. 351-29 et R. 351-29-1 ou R. 634-1 et R. 634-1-1.

Sous-section 2 : Pensions portées au minimum.

Article R173-5

L'inachèvement des opérations nécessaires à la détermination, en application de l'article L. 173-2, du montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 351-10 à laquelle l'assuré peut prétendre ne peut avoir pour effet de reporter la date de versement de la pension principale.

Cette pension principale est complétée, le cas échéant, par les majorations prévues à l'article L. 351-1-2, au deuxième alinéa de l'article L. 351-1-3, à l'article L. 351-12, au premier alinéa de l'article L. 351-13 et par la rente des retraites ouvrières et paysannes prévue à l'article 115 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles.

Article R173-6

Lorsque le montant mensuel de la majoration prévue à l'article L. 351-10 à laquelle peut prétendre l'assuré avant application des dispositions de l'article L. 173-2 est au moins égal à un seuil fixé dans les conditions prévues au troisième alinéa du présent article par arrêté des ministres chargés respectivement de la sécurité sociale et du budget, il est procédé, sans attendre l'achèvement des opérations de détermination du montant mensuel de ladite majoration par application des dispositions de l'article L. 173-2, au versement d'une avance à l'assuré. Cette avance est égale au montant de la majoration à laquelle il peut prétendre avant application des dispositions de l'article L. 173-2.

Lorsque le montant de cette majoration a été définitivement établi conformément aux dispositions de l'article L. 173-2, il est procédé en tant que de besoin à une régularisation des droits de l'assuré.

Le seuil mentionné au premier alinéa du présent article ne peut être fixé à un niveau inférieur à 10 % ni supérieur à 20 % du montant de la majoration prévue à l'article L. 351-10, attribuée à raison de la durée maximale d'assurance mentionnée au premier alinéa de l'article R. 351-6 et validée en contrepartie de cotisations à la charge de l'assuré.

Article R173-7

Pour l'application des dispositions de l'article L. 173-2, les pensions personnelles de retraite attribuées au titre d'un ou plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales, portées, le cas échéant, au minimum de pension, sont appréciées selon les modalités et dans les conditions fixées par les articles R. 815-18 à R. 815-20 et R. 815-22. Toutefois, il n'est pas tenu compte des majorations de pensions lorsqu'elles sont attribuées au titre des périodes d'assurance validées, par des cotisations à la charge de l'assuré, après l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la durée d'assurance maximale mentionnée au deuxième alinéa de ce même article.

Les montants des pensions personnelles de retraite à prendre en compte pour l'attribution de la majoration sont ceux afférents au mois civil de la date d'effet de celle-ci. Il est tenu compte du montant théorique des arrérages dus au titre de ce mois, abstraction faite des rappels effectivement payés au cours de celui-ci.

Article R173-8

La majoration résultant de l'article L. 351-10 est due à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle les conditions d'attribution mentionnées aux articles L. 173-2 et L. 351-10-1 sont remplies. Lorsque ces conditions sont remplies le premier jour d'un mois, elle est due à compter de ce jour.

Elle est révisée lorsque le montant des avantages personnels de retraite a varié par rapport au montant déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 173-7. Cette révision prend effet au premier jour du mois au cours duquel la modification de ce montant a pris effet. Le montant du plafond auquel le total des pensions mentionné à l'article L. 173-2 est comparé est celui en vigueur lors de l'entrée en jouissance de cette majoration, revalorisé, le cas échéant, dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

Sous-section 3 : Majorations de durée d'assurance accordées au titre des enfants

Article R173-15

Les majorations de durée d'assurance prévues à l'article L. 351-4 sont accordées, par priorité, par le régime général de sécurité sociale lorsque l'assuré a été affilié successivement, alternativement ou simultanément à ce régime et aux régimes de protection sociale agricole, des professions artisanales, des professions industrielles et commerciales, des professions libérales, des avocats ou des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Lorsque l'intéressé a été affilié successivement, alternativement ou simultanément à un ou plusieurs des régimes mentionnés à l'alinéa précédent à l'exception du régime général, les majorations de durée d'assurance sont accordées par le régime auquel l'intéressé a été affilié en dernier lieu et, subsidiairement, en cas d'affiliations simultanées, par le régime susceptible d'attribuer la pension la plus élevée.

Lorsque l'intéressé a été affilié successivement, alternativement ou simultanément à un ou plusieurs des régimes mentionnés au premier alinéa ci-dessus et à un régime spécial de retraite prévoyant une majoration de durée d'assurance au titre de l'accouchement, de la grossesse, de l'adoption ou de l'éducation d'un enfant, cette majoration est accordée en priorité par le régime spécial si celui-ci est susceptible d'accorder en vertu de ses propres règles une pension à l'intéressé. Toutefois, pour l'assuré comptant moins de quinze années de versement de cotisations ou de périodes assimilées au titre du décret n° 90-1215 du 20 décembre 1990 modifié relatif au régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et qui a été affilié soit à un seul des régimes mentionnés au premier alinéa, soit à plusieurs de ces régimes, la majoration n'est pas accordée par le régime spécial dès lors que l'intéressé justifie dans l'autre régime ou l'un des autres régimes concernés d'une durée d'affiliation supérieure à celle du régime spécial. Dans le cas où cette personne justifie dans plusieurs des régimes mentionnés au premier alinéa d'une durée d'affiliation supérieure à celle du régime spécial, la majoration est accordée par le régime qui est prioritaire en application des règles édictées aux premier et deuxième alinéas.

Si les droits à pension statutaire ont été liquidés avant la naissance d'un ou plusieurs enfants, il est fait application des règles de priorité prévues aux premier et deuxième alinéas ci-dessus.

De même lorsque le régime spécial est en concurrence avec les régimes de base mentionnés aux premier et deuxième alinéas ci-dessus et qu'il est tenu de servir une pension proportionnelle de vieillesse calculée selon les règles du régime général au titre de la coordination, il est fait application des règles édictées auxdits alinéas et donnant compétence prioritairement au régime général ou, à défaut, au régime de la dernière affiliation et subsidiairement, en cas d'affiliations simultanées, au régime susceptible d'attribuer la pension la plus élevée. La majoration de durée d'assurance susceptible d'être mise à la charge du régime spécial, dans les cas où la prise en charge de cette majoration lui incombe en vertu des règles de priorité ci-dessus, est celle prévue à l'article L. 351-4.

Les dispositions du présent article sont applicables à la majoration de durée d'assurance des assurés sociaux ayant élevé un enfant handicapé lorsqu'elle est prévue dans les régimes qui y sont mentionnés. Toutefois, lorsque ces assurés ont été affiliés successivement, alternativement ou simultanément à deux ou plusieurs régimes spéciaux ainsi que, le cas échéant, à un ou plusieurs des régimes mentionnés au premier alinéa, la majoration de durée d'assurance est accordée par le régime spécial auquel l'intéressé a été affilié en dernier lieu, et, en cas d'affiliations simultanées, par le régime spécial susceptible d'attribuer la pension la plus élevée.

Les dispositions des deux premiers alinéas sont applicables à la majoration de durée d'assurance instituée à l'article L. 351-4-2, lorsqu'elle est prévue dans les régimes mentionnés aux mêmes alinéas.

Article R173-15-1

I.-L'option ou le désaccord mentionnés aux II et III de l'article L. 351-4 sont exprimés par une déclaration conforme à un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

II.-Lorsqu'il y a accord entre les parents sur le bénéficiaire de la majoration ou la répartition entre eux de cet avantage, cette déclaration est adressée, au choix des parents, à la caisse du régime ou d'un des régimes dont relève ou a relevé en dernier lieu la mère ou le père.

III.-Lorsqu'il y a désaccord, le parent qui souhaite en faire état adresse sa déclaration à la caisse du régime dont il relève ou a relevé en dernier lieu ou, en cas d'affiliations simultanées, à l'un ou l'autre des régimes au choix de l'intéressé. La caisse compétente pour arbitrer le désaccord est la caisse du régime dont relève ou avait relevé en dernier lieu le père à la date de manifestation du désaccord. En cas d'affiliations simultanées du père, le régime compétent est le premier cité parmi les régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-15.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, lorsque le père n'a pas la qualité d'assuré social d'un des régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-15, la caisse compétente pour recevoir la déclaration et arbitrer le désaccord mentionnés par l'alinéa précédent est celle du régime dont relève ou a relevé en dernier lieu la mère. En cas d'affiliations simultanées de la mère, ce régime est le premier cité parmi les régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-15.

IV.-Dans le délai de quatre mois suivant le dépôt de la déclaration prévue au I et des pièces justificatives nécessaires à son instruction, la caisse informe les parents de sa décision. Lorsqu'un des parents relève d'un ou plusieurs autres régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-15 que celui dont elle est en charge, elle en informe aussi lesdits régimes.

V.-La demande du père d'un enfant né ou adopté avant le 1er janvier 2010 de bénéficier de tout ou partie des majorations prévues aux II et III de l'article L. 351-4 est adressée à la caisse d'assurance vieillesse du régime dont il relève à la date de sa manifestation ou du dernier régime dont il a relevé et, en cas d'affiliations simultanées, de l'un ou l'autre des régimes au choix de l'intéressé.

Dans le délai de quatre mois suivant le dépôt de cette demande et des pièces justificatives nécessaires à son instruction, la caisse informe de sa décision les parents et, le cas échéant, les autres régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-15 dont ceux-ci relèvent.

Article R173-15-2

Pour l'application de l'article L. 173-2-0-2 aux couples de même sexe, lorsque les deux parents remplissent, au titre d'un même enfant, l'un dans le régime général d'assurance vieillesse ou dans un régime appliquant les mêmes dispositions que celles de l'article L. 351-4, et l'autre dans un régime spécial de retraite, les conditions pour bénéficier de périodes d'assurance accordées au titre de l'accouchement, de la grossesse, de l'adoption ou de l'éducation d'un enfant, il est fait application des règles du régime spécial de retraite.

Article R173-16

La majoration de durée d'assurance prévue, en faveur des pères et mères de famille, à l'article L. 351-5 est accordée par le régime général lorsque l'assuré a relevé successivement, alternativement ou simultanément de ce régime et du régime des salariés agricoles.

Sous-section 4 : Pension de réversion.

Article R173-17

Lorsqu'un assuré a relevé de deux ou plusieurs des régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 621-3, ainsi qu'à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, les pensions de réversion que son conjoint survivant peut percevoir de chacun d'eux, compte tenu des ressources mentionnées au premier alinéa de l'article L. 353-1 ou au premier alinéa de l'article L. 732-41 du code rural et de la pêche maritime, lui sont versées sous réserve que leur total, majoré de ces ressources, n'excède pas le plafond applicable en vertu du dernier alinéa de l'article L. 353-1.

Lorsque cette condition n'est pas satisfaite, le dépassement constaté est imputé sur chacune de ces pensions à due concurrence du rapport entre le montant de cette pension et le montant total de ces pensions.

Le régime chargé de procéder à la comparaison prévue au premier alinéa, d'adresser aux autres régimes les informations nécessaires à l'application du deuxième alinéa et d'appliquer les dispositions de l'article R. 353-1-1 est :

- a) Celui auprès duquel l'assuré décédé disposait de la plus longue durée d'assurance ;
- b) Lorsque les durées d'assurance les plus longues sont identiques, celui auquel l'assuré décédé a été affilié en dernier lieu ;
- c) Lorsque l'assuré décédé a été affilié en dernier lieu à au moins deux des régimes mentionnés au premier alinéa, celui auprès duquel le conjoint survivant a droit à la plus élevée des pensions de réversion déterminées en application du deuxième alinéa de l'article L. 353-1 ou du deuxième alinéa de l'article L. 732-41 du code rural et de la pêche maritime.

Le régime mentionné au troisième alinéa reçoit des autres régimes l'information sur les montants des pensions de réversion déterminées en application du deuxième alinéa de l'article L. 353-1 ou du deuxième alinéa de l'article L. 732-41 du code rural et de la pêche maritime.

Article R173-17-1

Lorsqu'un assuré a relevé de deux ou plusieurs des régimes d'assurance vieillesse mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 621-3 du présent code ainsi qu'à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, le calcul de la majoration de la pension de réversion que son conjoint survivant peut percevoir de chacun d'eux est effectué par un seul de ces régimes, déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 173-17 ou, lorsque la durée d'assurance de l'assuré décédé ou disparu n'est pas connue dans au moins l'un de ces régimes, conformément au c de cet article.

Ce régime reçoit des autres régimes mentionnés à l'alinéa précédent l'information sur les montants des majorations de pensions de réversion déterminées en application du premier alinéa de l'article L. 353-6 du présent code ou du premier alinéa de l'article L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime. Il calcule le total de ces majorations et des avantages personnels de retraite et de réversion du conjoint survivant servis par les régimes légaux ou rendus obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales, appréciés conformément à l'article R. 353-12 du présent code et à l'article D. 732-100-2 du code rural et de la pêche maritime.

Lorsque ce total excède le plafond fixé par les décrets prévus par l'article L. 353-6 du présent code et l'article L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime, le dépassement constaté est déduit du montant de chacune de ces majorations à due concurrence du rapport entre le montant de la pension de réversion à laquelle la majoration est afférente et le montant total des pensions de réversion mentionnées au précédent alinéa. Le régime chargé du calcul des majorations fait connaître aux autres régimes mentionnés au premier alinéa le montant de la déduction qui leur revient.

Sous-section 6 : Bénéficiaires de l'indemnité de soins aux tuberculeux.

Article R173-18

Lorsqu'un assuré a relevé, successivement ou simultanément, du régime général de sécurité sociale et d'un ou plusieurs autres régimes mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 161-21, le régime compétent pour valider les périodes définies au premier alinéa dudit article est celui auquel incombe l'assimilation des périodes de mobilisation ou de captivité prévu à l'article L. 161-19 ou à défaut, celui auquel était affilié l'intéressé antérieurement à l'attribution de l'indemnité de soins aux tuberculeux prévue à l'article L. 41 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. Lorsqu'il y a concurrence entre plusieurs régimes de retraite, le régime compétent est celui auprès duquel l'intéressé justifie de la plus longue durée d'assurance.

Sous-section 9 : Bénéficiaires de l'allocation de préparation à la retraite

Article R173-19

En cas de cessation simultanée d'activités relevant de régimes de retraite de base obligatoires différents, la prise en compte des périodes de perception de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) modifiée incombe au régime au titre duquel l'assuré justifie de la plus longue durée d'assurance à la date de cessation de ses activités. Lorsque l'assuré justifie de la même durée d'assurance dans plusieurs régimes, il lui appartient de choisir le régime au titre duquel il souhaite que soient validées les périodes de perception de l'allocation de préparation à la retraite.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 4 : Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements

Section 1 : Frais afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 162-22-16

Sous-section 1 : Dotation annuelle de financement.

Article R174-1

Le règlement aux établissements de la dotation annuelle de financement, fractionnée en douze allocations mensuelles, est assuré par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Aucune des allocations mensuelles ne peut être inférieure au vingt-quatrième ni supérieure au huitième du montant total de la dotation annuelle de financement. Le montant de chacune des allocations est déterminé en fonction de l'évolution des besoins de trésorerie des établissements de santé.

Le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué en une ou plusieurs fois entre le 15 du mois courant et, au plus tard, le 15 du mois suivant. Toutefois, le total des sommes versées entre le 15 et le dernier jour du mois courant ne peut être inférieur à 60 % de l'allocation mensuelle considérée.

Les mesures d'exécution du présent article sont prises par arrêtés des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. Elles peuvent varier en fonction des types d'activité des différents établissements.

Article R174-1-1

Les régimes d'assurance maladie paient chaque mois à la caisse nationale dont relève l'organisme chargé du versement de la dotation annuelle de financement une participation aux règlements effectués en application de l'article R. 174-1-4.

La participation mensuelle des différents régimes d'assurance maladie est calculée au prorata de la répartition entre ces régimes pour le dernier exercice clos de la somme des dotations annuelles de financement versées aux établissements publics de santé et aux établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6.

Article R174-1-2

La répartition de la dotation annuelle de financement entre les régimes d'assurance maladie et les risques est effectuée au prorata du nombre de journées d'hospitalisation prises en charge par chaque régime au titre de chaque risque, et corrigée par application de coefficients qui tiennent compte du coût des journées d'hospitalisation prises en charge. Ces coefficients sont fixés par un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, du budget et de la défense, pris après avis de la commission prévue à l'article R. 174-1-4.

Article R174-1-3

La caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement établit pour chaque établissement un état faisant apparaître la répartition des journées, d'une part, entre les différents régimes d'assurance maladie débiteurs et, d'autre part, entre les risques couverts.

L'état de répartition visé, le cas échéant, par l'agent comptable de la caisse précitée est transmis par le directeur à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et à la caisse nationale dont relève l'organisme, avant le 1er mars de l'année suivant celle à laquelle il se rapporte.

Le modèle d'état de répartition est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget.

Article R174-1-4

Il est institué une Commission nationale de répartition des charges des dotations annuelles de financement hospitalières.

Cette commission est présidée par un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes et comprend un représentant de chacun des régimes d'assurance maladie ayant une organisation financière propre. Les membres titulaires et suppléants de la commission sont nommés par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale, de la défense et de l'agriculture. Chacun de ces ministres est représenté par un commissaire du Gouvernement.

La commission fixe à l'unanimité, avant le 15 décembre de l'année suivant celle à laquelle elle se rapporte, la répartition des charges des dotations annuelles de financement hospitalières entre les régimes d'assurance maladie et les risques au vu d'un état établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie de travailleurs salariés sur la base des documents mentionnés à l'article R. 174-1-3.

A défaut d'accord au sein de la commission, la répartition est fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale, de la défense et de l'agriculture.

Article R174-1-5

Les opérations financières effectuées en application des articles R. 174-1-1 et R. 174-1-4 sont retracées dans les écritures de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article R174-1-6

Les établissements de santé font parvenir à la caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement les informations nécessaires à la répartition de celle-ci entre les régimes et les risques ainsi qu'à la gestion des assurés. La nature, la périodicité et le mode de présentation de ces informations sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget.

Article R174-1-9

Les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie au titre des facturations relatives aux prestations effectuées antérieurement à l'exercice à partir duquel les établissements entrent dans le champ d'application des dispositions de l'article L. 174-1 viennent en déduction des versements prévus audit article ainsi qu'à l'article R. 6145-26 du code de la santé publique.

Le règlement du solde de la dotation de l'exercice précédent vient en déduction des versements mensuels prévus à l'article R. 174-1 ainsi qu'à l'article R. 6145-36 du code de la santé publique.

Article R174-2

Chaque année, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget arrêtent, sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, le montant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1.

Dans un délai de quinze jours suivant la publication de cet arrêté, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les dotations régionales mentionnées au même article.

Sous-section 2 : Facturation individuelle des soins dispensés dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6

Article R174-2-1

Pour l'application de l'article L. 174-2-1, on entend par :

1° Caisse de paiement unique, la caisse d'assurance maladie obligatoire, déterminée conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 174-2, qui paie à un établissement de santé, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les factures émises par cet établissement en application de l'article L. 174-2-1 ;

2° Caisse gestionnaire, l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire dont relève l'assuré qui a bénéficié des prestations facturées en application de l'article L. 174-2-1.

Article R174-2-2

Les établissements mentionnés aux a, b ou c de l'article L. 162-22-6 transmettent à la caisse de paiement unique les factures qu'ils établissent, sous forme dématérialisée, conformément aux modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Les factures sont groupées par régime d'affiliation et caisse de rattachement des bénéficiaires des soins.

Les établissements mentionnés au a de l'article L. 162-22-6 transmettent simultanément à leur comptable public les bordereaux de titres de recette correspondants dans les conditions prévues par le code général des collectivités territoriales.

La caisse de paiement unique reçoit les factures émises par les établissements mentionnés aux a, b ou c de l'article L. 162-22-6 et transmet à chaque caisse gestionnaire, sous forme dématérialisée, les factures concernant les assurés qui relèvent de cette caisse. La réception des factures par la caisse de paiement unique, en qualité de mandataire de la caisse gestionnaire concernée, vaut notification de l'ampliation du titre de recette correspondant prévue au 4° de l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

La caisse gestionnaire est responsable des contrôles de la liquidation des factures, notamment ceux prévus à l'article L. 314-1. Elle dispose d'un délai de huit jours ouvrés pour procéder à la liquidation ou au rejet des factures qui lui ont été transmises. En cas de non-respect de ce délai, le régime d'assurance maladie dont relève la caisse gestionnaire verse au régime de la caisse de paiement unique une rémunération calculée, pour l'ensemble des caisses gestionnaires relevant de ce régime, en fonction du montant des factures liquidées dans un délai supérieur à huit jours et du délai moyen constaté entre la réception des factures et leur liquidation par la caisse gestionnaire, lorsque ce délai est supérieur à huit jours.

Des conventions entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie fixent les modalités de calcul de cette rémunération et, notamment, le taux d'intérêt appliqué. Ces conventions prévoient que ce taux est majoré pour les régimes pour lesquels le délai moyen de liquidation dépasse une durée de seize jours. Le taux d'intérêt et le taux majoré ne peuvent excéder des taux maximum fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. A défaut de convention, les modalités de cette rémunération sont fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Article R174-2-3

Si la facture est conforme aux conditions de prise en charge et aux modalités de facturation prévues par le présent code, la caisse gestionnaire procède à sa liquidation et informe, sous forme dématérialisée, la caisse de paiement unique de sa décision de la mettre en paiement. Dans le cas contraire, la caisse gestionnaire rejette la facture et en informe la caisse de paiement unique dans les mêmes formes.

La caisse de paiement unique transmet sous forme dématérialisée aux établissements et, le cas échéant, au comptable public, conformément aux modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, les accords de paiement et les rejets de facture émis par les caisses gestionnaires.

Article R174-2-4

En cas d'accord de paiement, la caisse de paiement unique paie à l'établissement, dans un délai de douze jours ouvrés à compter de la réception de la facture, pour le compte de la caisse gestionnaire, l'intégralité de la part des prestations mentionnées à l'article L. 174-2-1 prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie dont relève la caisse gestionnaire.

La caisse de paiement unique paie les sommes dues au titre de chaque facture acceptée par la caisse gestionnaire au moyen d'un virement bancaire sur le compte du comptable public de l'établissement lorsqu'il s'agit d'un établissement mentionné au a de l'article L. 162-22-6 ou sur le compte de l'établissement lorsqu'il s'agit d'un établissement mentionné au b ou c du même article.

La caisse de paiement unique adresse à l'établissement ou à son comptable public dans le cas des établissements mentionnés au a de l'article L. 162-22-6, les informations nécessaires à l'identification des factures et des titres de recette acquittés, selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

En cas de rejet d'une facture, la caisse de paiement unique informe, dans un délai de douze jours ouvrés à compter de la date de réception de la facture et selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, l'établissement et, lorsqu'il s'agit d'un établissement mentionné au a de l'article L. 162-22-6, le comptable public de cet établissement, des motifs de rejet formulés par la caisse gestionnaire ainsi que des références de la facture. L'établissement annule alors la facture ainsi que le titre de recette correspondant, sauf s'il conteste ce rejet dans les conditions prévues au chapitre II du titre IV du livre 1er.

Article R174-2-5

En cas d'erreur de facturation justifiant le remboursement des sommes payées, la caisse gestionnaire notifie l'indu à l'établissement.

Le remboursement de l'indu est assuré au moyen d'un virement bancaire à la caisse gestionnaire. Lorsque l'erreur de facturation concerne un établissement mentionné au a de l'article L. 162-22-6, ce virement est effectué en exécution d'un titre d'annulation émis par l'ordonnateur de cet établissement si l'indu porte sur un encaissement de l'exercice courant ou d'un mandat de dépense émis par le même ordonnateur si l'indu porte sur un encaissement d'un exercice antérieur.

Article R174-2-6

En cas d'annulation par un établissement d'une facture payée, celui-ci adresse sans délai à la caisse gestionnaire un bordereau d'annulation.

Le remboursement de l'indu est assuré au moyen d'un virement bancaire à la caisse gestionnaire. Lorsque l'annulation de la facture est prononcée par un établissement mentionné au a de l'article L. 162-22-6, ce virement est effectué en exécution d'un titre d'annulation émis par l'ordonnateur de cet établissement si l'indu porte sur un encaissement de l'exercice courant ou d'un mandat de dépense émis par le même ordonnateur si l'indu porte sur un encaissement d'un exercice antérieur.

La caisse gestionnaire en informe la caisse de paiement unique.

Article R174-2-7

La caisse de paiement unique verse à chaque établissement une avance mensuelle de trésorerie calculée pour chaque mois calendaire sur la base des factures émises par l'établissement.

Les modalités de liquidation et de paiement de cette avance de trésorerie sont les suivantes :

1° Le quinze de chaque mois, la caisse de paiement unique verse à l'établissement une avance dont le montant est égal à la différence, lorsqu'elle est positive, entre, d'une part, la somme des factures reçues au cours du mois précédent et, d'autre part, la somme des factures qu'elle a payées ou des factures dont elle a notifié le rejet au cours du mois précédent ;

2° Les 5 janvier et 5 juillet de chaque année au plus tard, la caisse de paiement unique calcule la différence entre la somme des factures qu'elle a reçues au cours du semestre précédent et la somme des factures qu'elle a payées ou dont elle a notifié le rejet au cours du semestre précédent. Elle en informe l'établissement et, pour les établissements mentionnés au a de l'article L. 162-22-6, transmet l'état liquidatif correspondant au comptable public.

Si le résultat est supérieur à la somme des avances versées au cours du semestre précédent, la caisse de paiement unique verse le complément à l'établissement dans les quinze jours suivant l'établissement de l'état liquidatif.

Si le résultat est inférieur, l'établissement reverse à la caisse de paiement unique le montant de l'excédent des avances qu'il a perçues dans les quinze jours suivant la date de réception de l'état liquidatif.

Si l'établissement n'a pas reversé à la caisse de paiement unique les sommes dans les délais mentionnés à l'alinéa précédent, le versement de l'avance mensuelle est suspendu jusqu'à la régularisation de la situation des avances de l'établissement ;

3° Pour les établissements mentionnés au a de l'article L. 162-22-6, les opérations mentionnées au présent article sont réalisées par opération d'encaissement et de décaissement, sans compensation possible tant à l'initiative de la caisse de paiement unique que des établissements concernés.

Article R174-2-8

Est autorisée la création par les ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale d'un traitement automatisé de données à caractère personnel, dénommé " facturation individuelle des établissements de santé " (FIDES), mis en œuvre par les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, les comptables publics des établissements mentionnés au a de cet article et les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire.

Ce traitement a pour finalités de :

1° Mettre en œuvre les procédures définies par le présent code pour la facturation individuelle des soins dispensés dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire et le paiement par ces organismes, de manière dématérialisée, des factures émises ;

2° Permettre aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire d'effectuer, avant le paiement de ces factures, le contrôle des sommes dues aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;

3° Produire, pour les services de l'Etat placés sous l'autorité des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, des statistiques à des fins de pilotage et d'évaluation de la politique de santé et d'assurance maladie.

Article R174-2-9

Les données à caractère personnel et les informations collectées et utilisées par le traitement mentionné à l'article R. 174-2-8 sont les suivantes :

1° Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) de l'assuré social ou, pour les personnes en instance d'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, le numéro identifiant d'attente (NIA) attribué par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dans les conditions prévues à l'article R. 114-26 ;

2° Les données relatives à l'identification de l'assuré social, qui comportent :

- a) Le nom de famille et, le cas échéant, le nom marital ou d'usage, et les prénoms ;
- b) Le sexe ;
- c) La date de naissance ;
- d) Le cas échéant, la mention du décès ;

3° Les données d'affiliation et de rattachement aux régimes obligatoires d'assurance maladie ;

4° Les dates des soins ;

5° Les montants facturés ;

6° Les données relatives aux prestations de santé suivantes :

- a) Les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 ;
- b) Les prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 ;
- c) Les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;
- d) Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ;
- e) Les prestations aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat mentionnées à l'article L. 162-22-11-1.

Article R174-2-10

Les données mentionnées à l'article R. 174-2-9 sont transmises, dans la limite des informations qui sont nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, aux seuls agents individuellement désignés et dûment habilités par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire et les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6.

Les agents des services des comptables publics des établissements mentionnés au a de l'article L. 162-22-6, individuellement désignés et dûment habilités, sont destinataires des données énumérées aux 1°, au a et au c du 2°, au 3°, au 4°, au 5° et aux données nécessaires à l'imputation budgétaire et au recouvrement des factures correspondant aux prestations mentionnées au 6° de l'article R. 174-2-9.

L'accès aux données se fait après authentification de la personne demandant l'accès. Les accès aux données sont tracés. Les transferts de données sont sécurisés.

Article R174-2-11

Les données et informations transmises dans le cadre du traitement autorisé par l'article R. 174-2-8 sont conservées pendant trois ans dans leurs bases actives, puis archivées pour une durée supplémentaire de sept ans, par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire et les établissements mentionnés aux a., b et c de l'article L. 162-22-6.

Les données sont conservées dans des conditions de nature à en assurer la sécurité, notamment la pérennité et la confidentialité. A l'issue de la durée de conservation, les données sont définitivement supprimées.

Article R174-2-12

Les bénéficiaires des soins peuvent exercer leurs droits d'accès et de rectification des données les concernant auprès de l'organisme de l'assurance maladie obligatoire dont ils relèvent.

Le droit d'opposition prévu à l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ne s'applique pas au traitement autorisé par l'article R. 174-2-8.

Sous-section 3 : Dispositions diverses.

Article R174-4

Pour les assurés sociaux qui attestent de leur identité, conformément aux dispositions de l'article L. 162-21, et de l'ouverture de leurs droits aux prestations de l'assurance maladie grâce à leur carte électronique individuelle mentionnée à l'article L. 161-31, sous réserve que cette carte réponde aux conditions de validité prévues à cet article, les établissements sont dispensés de la demande de prise en charge.

Pour les assurés sociaux, qui ne satisfont pas aux conditions prévues au premier alinéa, la demande de prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins est adressée par l'établissement à la caisse chargée des versements mentionnés à l'article R. 174-1. La caisse transmet la demande de prise en charge à l'organisme dont relève l'assuré pour le versement des prestations, qui notifie sa décision à l'établissement de santé ainsi qu'à la caisse mentionnée au premier alinéa de l'article R. 174-1.

En cas de refus total ou partiel de prise en charge, la décision est également notifiée à l'assuré par l'organisme dont il relève.

Section 2 : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour.

Article R174-3-1

Les modalités d'application des articles 52-1 et 52-2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée sont fixées par le décret n° 83-744 du 11 août 1983 modifié.

Article R174-3-2

Pour les dépenses de soins comprises dans le forfait annuel global de soins, la participation des assurés sociaux est supprimée.

Section 3 : Forfait journalier.

Article R174-5

Le forfait journalier institué à l'article L. 174-4 est déterminé compte tenu du coût journalier moyen d'hébergement. Son montant qui ne peut excéder la moitié de ce coût est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie, des finances et du budget.

Article R174-5-1

Le montant du forfait journalier applicable en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie d'un établissement de santé ne peut excéder 75 % du montant du forfait fixé en application de l'article R. 174-5.

Article R174-5-2

Pour les appartements de coordination thérapeutique, le montant du forfait journalier ne peut excéder 10 % du montant du forfait fixé en application de l'article R. 174-5.

Section 3 bis : Dépenses afférentes au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, des structures dénommées "lits halte soins santé" et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

Article R174-7

La dotation globale annuelle de financement est versée par douzième au gestionnaire de l'établissement par la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétente pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les ressortissants sont pris en charge par ledit établissement. Toutefois, lorsque ce dernier est géré par un établissement mentionné à l'article L. 174-1, cette dotation peut être versée par une autre caisse en cas de convention prévue à l'article L. 174-2.

Article R174-8

Dans le cas où le montant de la dotation globale annuelle n'a pas été arrêté avant le 1er janvier de l'exercice en cause et jusqu'à l'intervention de l'arrêté le fixant, la caisse chargée du versement de la dotation globale règle des acomptes mensuels égaux au douzième de la dotation de l'exercice antérieur.

Section 3 ter : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Article R174-9

L'autorité compétente pour l'assurance maladie fixe, conformément aux articles 1er, 7 et 25 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes :

1° Les tarifs journaliers afférents aux soins applicables aux personnes hébergées qui ne sont pas prises en charge par un régime d'assurance maladie ;

2° Une dotation globale de financement relative aux soins qui correspond à la part des dépenses obligatoirement prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

La dotation globale de financement mentionnée au 2° est calculée en retranchant des dépenses nettes relatives aux soins calculées dans les conditions prévues aux articles 5 et 6 du décret susmentionné, les produits des tarifs journaliers afférents aux soins multipliés par le nombre prévisionnel des journées non prises en charge par un régime d'assurance maladie.

La dotation globale de financement est versée par douzième par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les bénéficiaires sont hébergés dans l'établissement.

Toutefois, lorsque les tableaux établis conformément à l'article D. 174-3 font apparaître que le nombre de bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie autre que le régime général est le plus élevé, l'organisme

d'assurance maladie territorialement compétent de ce régime peut demander à effectuer le versement mentionné à l'alinéa précédent.

Dans le cas où une caisse n'appartenant pas au régime général assure les versements, cette caisse communique à la caisse primaire d'assurance maladie géographiquement compétente les informations nécessaires au suivi des dépenses et à la répartition de celles-ci.

Article R174-10

La dotation globale est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie pour la part qui leur incombe, dans les conditions fixées par les articles D. 174-3 à D. 174-8.

Article R174-11

Dans le cas où les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement relative aux soins n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision les fixant :

1° La caisse chargée du versement de la dotation globale de financement règle des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de la dotation de l'exercice antérieur ;

2° Les recettes relatives à la facturation des tarifs journaliers afférents aux soins sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Pour la première année d'application du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, les acomptes sont versés sur la base d'un douzième de l'ensemble des dépenses autorisées au dernier budget rendu exécutoire financées par les tarifs journaliers afférents aux soins.

Article R174-12

Les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie en vertu du mode de tarification en vigueur antérieurement à la signature de la convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales viennent en déduction des versements mensuels prévus à l'article R. 174-9, le solde de dotation étant versé l'année suivante.

Le règlement du solde de la dotation de l'exercice précédent vient en déduction des versements prévus à l'article R. 174-9.

Article R174-13

Pour les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes rattachés à un établissement de santé sous dotation globale, les dates de règlement de la dotation globale de financement relative aux soins correspondent à celles de la dotation globale de soins de l'établissement de santé.

Article R174-14

Pour les établissements autonomes hébergeant des personnes âgées dépendantes, le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué le vingtième jour du mois, ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour précédant cette date.

Article R174-15

Lors de l'admission en établissement, la personne âgée doit présenter la carte d'assuré social justifiant de cette qualité ou de celle d'ayant droit. A défaut et si les informations à disposition de l'établissement ne permettent pas d'identifier le résident dans le traitement prévu à l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles, une demande de prise en charge doit être adressée à l'organisme compétent par l'établissement.

Article R174-16

Pour les dépenses de soins comprises dans les tarifs journaliers afférents aux soins, la participation des assurés sociaux est supprimée.

Section 4 : Dépenses afférentes aux autres établissements et services médico-sociaux financés par dotation globale de financement ou forfait annuel global de soins.

Article R174-16-1

La dotation globale de financement ou le forfait annuel global de soins fixé par l'autorité compétente de l'Etat sont versés par douzièmes par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement ou le service, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les ressortissants sont hébergés dans l'établissement ou pris en charge par le service.

Les douzièmes sont versés le vingtième jour de chaque mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré qui précède cette date.

Article R174-16-2

Pour permettre la répartition de la charge de la dotation globale de financement ou du forfait annuel global de soins entre les différents régimes d'assurance maladie, l'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime.

Ce tableau est transmis à la caisse primaire d'assurance maladie mentionnée à l'article R. 174-16-1 et aux organismes d'assurance maladie intéressés.

La répartition mentionnée au premier alinéa est effectuée chaque année sur la base de la moyenne des tableaux trimestriels, par une commission nationale de répartition qui comprend des représentants de l'Etat et de tous les régimes d'assurance maladie pour le compte desquels sont effectués les versements.

La composition et les modalités de fonctionnement de cette commission sont fixés par décret. Ce décret détermine également les modalités de versement, entre les différents régimes, des soldes issus de la répartition.

Article R174-16-3

Lorsque les tableaux établis conformément à l'article R. 174-16-2 font apparaître que le nombre de ressortissants d'un régime d'assurance maladie autre que le régime général est le plus élevé, l'organisme d'assurance maladie territorialement compétent de ce régime est chargé d'effectuer, s'il en fait la demande, le versement de la dotation globale de financement ou du forfait global de soins.

Dans ce cas, l'organisme qui assure le versement communique à la caisse primaire d'assurance maladie géographiquement compétente les informations nécessaires au suivi des dépenses et à leur répartition.

Article R174-16-4

Dans le cas où le montant de la dotation globale de financement ou du forfait annuel global de soins n'a pas été arrêté avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision qui le fixe, l'organisme chargé du versement règle, sous réserve des dispositions de l'article 37 du décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et aux établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de l'exercice antérieur.

Article R174-16-5

I. - Si, lors de la première année d'application d'un financement par dotation globale de fonctionnement ou forfait annuel global de soins, la fixation de cette dotation ou de ce forfait est effectuée postérieurement au 1er janvier de l'exercice, l'organisme chargé du versement règle des acomptes mensuels égaux au douzième de l'ensemble des dépenses autorisées et financées par l'assurance maladie lors de l'exercice antérieur.

II. - Les sommes versées, au cours de l'année d'entrée en vigueur du financement par dotation globale de financement ou forfait global de soins, au titre des paiements de l'exercice antérieur, viennent en déduction des versements mensuels mentionnés à l'article R. 174-16-1, le solde de la dotation globale de financement ou du forfait global de soins étant versé l'année suivante.

Lors de chaque exercice ultérieur, le solde de la dotation ou du forfait de l'exercice précédent vient en déduction des versements mensuels mentionnés à l'article R. 174-16-1. Le solde de la dotation globale de financement ou du forfait global de soins de l'exercice est versé l'année suivante.

Section 6 : Frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique

Article R174-17

Les frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont versés aux établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique par la caisse d'assurance maladie désignée à l'article L. 174-18 du présent code dénommée "caisse centralisatrice des paiements".

Article R174-18

Les établissements de santé privés transmettent par voie électronique les bordereaux de facturation mentionnés au 11° de l'article R. 161-42 à la caisse centralisatrice des paiements. Celle-ci les retransmet à l'organisme d'assurance maladie dont relève l'assuré dénommé "caisse gestionnaire".

Lorsqu'ils ne disposent pas des moyens techniques leur permettant de se conformer à toutes les prescriptions prévues à l'article R. 161-47 pour la transmission par voie électronique, les établissements adressent en outre les bordereaux de facturation sur support papier à la caisse gestionnaire.

Article R174-19

Lorsque des bordereaux de facturation sous forme électronique lui sont adressés, la caisse centralisatrice des paiements verse à l'établissement, dans un délai de quatre jours ouvrés à compter de la date de réception de ces bordereaux, un acompte sur les frais d'hospitalisation, au sens du a du 11° de l'article R. 161-42, pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré. Le taux de l'acompte est fixé par un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Article R174-20

La caisse gestionnaire procède à la liquidation des frais d'hospitalisation pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré, verse les sommes correspondantes à la caisse centralisatrice des paiements et lui adresse un état de liquidation sous forme électronique.

La caisse centralisatrice des paiements effectue, ensuite, au bénéfice de l'établissement, le paiement du solde ou, lorsqu'elle n'a pas versé d'acompte, le paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré. Dans le cas où le montant de la liquidation est inférieur à celui de l'acompte, la caisse centralisatrice des paiements procède à la régularisation sur les paiements suivants.

Article R174-21

Pour compenser la charge financière entraînée par le versement d'acomptes par la caisse centralisatrice des paiements pour le compte des caisses gestionnaires, les régimes d'assurance maladie auxquels appartiennent ces dernières versent au régime de la caisse centralisatrice des paiements une rémunération calculée en fonction du montant des acomptes versés et du délai moyen constaté entre le versement des acomptes et le paiement des sommes correspondant aux prises en charge.

Des conventions entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie fixent les modalités de calcul de cette rémunération et, notamment, le taux d'intérêt appliqué. Ces conventions peuvent prévoir que ce taux est majoré pour les régimes pour lesquels le délai moyen de paiement dépasse une limite qu'elles fixent. A défaut de convention, les modalités de cette rémunération sont fixées par un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Article R174-22

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe les conditions dans lesquelles les services des ministres susmentionnés et les agences régionales de santé ont accès aux données collectées par les caisses centralisatrices des paiements.

Article R174-22-1

Le versement aux établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du montant des forfaits annuels et de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, fixés dans les conditions mentionnées à l'article R. 162-42-4, est assuré par la caisse centralisatrice des paiements mentionnée à l'article L. 174-18.

Le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué le 5 de chaque mois ou, si le jour n'est pas ouvré, le premier jour suivant cette date.

Dans l'attente de la fixation du montant du forfait annuel et, le cas échéant, de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation de l'année en cours, la caisse chargée du versement règle des acomptes mensuels égaux à un douzième du montant du forfait ou de la dotation de l'année précédente. La différence entre les montants ainsi versés et ceux fixés pour l'année en cours est imputée sur le versement effectué le 5 du deuxième mois suivant celui au cours duquel le montant du forfait ou de la dotation est fixé.

Article R174-22-2

Les régimes d'assurance maladie paient chaque mois à la caisse nationale dont relève la caisse centralisatrice des paiements une participation aux versements effectués au titre des forfaits annuels et de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation en application de l'article R. 174-22-1.

La participation mensuelle des différents régimes d'assurance maladie est calculée au prorata de la répartition entre ces régimes pour le dernier exercice de la somme des forfaits annuels et de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation versés aux établissements de santé privés.

Article R174-22-3

La répartition du montant total des allocations mensuelles versées au titre des forfaits prévus à l'article L. 162-22-8 et de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14 entre les régimes d'assurance maladie est fixée, après accord de tous les régimes au sein de la commission prévue à l'article R. 174-1-4, avant le 15 avril de l'année au cours de laquelle a été effectué le constat prévu au deuxième alinéa du présent article. A défaut d'accord au sein de la commission, la répartition est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Elle est effectuée au vu du montant définitif total des allocations mensuelles versées au cours de l'exercice précédent, au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans les établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 supportées par chaque régime obligatoire d'assurance maladie au titre dudit exercice et constatées au niveau national dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article R. 162-42-2.

Article R174-22-4

Les opérations financières effectuées en application des articles R. 174-22-2 et R. 174-22-3 sont retracées dans les écritures de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Section 7 : Dépenses afférentes aux soins dispensés par le service de santé des armées et l'Institution nationale des invalides

Sous-section 1 : Dépenses afférentes aux soins dispensés par l'Institution nationale des invalides

Article R174-23

La dotation annuelle de financement allouée à l'Institution nationale des invalides est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du ministre de la défense et du ministre chargé du budget.

Elle est déterminée par application à la dotation annuelle de financement de l'année précédente d'un taux d'évolution tenant compte de l'activité et des coûts de l'Institution nationale des invalides pris en compte pour l'application de l'article R. 174-24. Elle peut être majorée ou minorée en cours d'année pour prendre en compte les évolutions de toute nature affectant ladite activité.

Les arrêtés fixant la dotation annuelle de financement sont publiés au Journal officiel de la République française. La publication de l'arrêté fixant la dotation annuelle doit être effectuée au plus tard dans les trente jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale.

Article R174-24

Le montant des dépenses de l'Institution nationale des invalides prises en compte pour le calcul de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-15 et des tarifs de prestation arrêtés pour l'application de l'article L. 174-3 n'est pas inclus dans les dotations régionales définies au troisième alinéa de l'article L. 174-1-1.

Article R174-25

La dotation annuelle de financement allouée à l'Institution nationale des invalides, fractionnée en douze allocations mensuelles, est versée par la caisse pivot mentionnée à l'article L. 174-15.

Le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué en une ou plusieurs fois entre le 15 du mois courant et, au plus tard, le 15 du mois suivant. Toutefois, le total des sommes versées entre le 15 et le dernier jour du mois courant ne peut être inférieur à 60 % de l'allocation mensuelle considérée.

Le calendrier de versement de la dotation annuelle de financement est celui défini par l'arrêté prévu au quatrième alinéa de l'article R. 174-1.

Article R174-26

Le règlement du solde de la dotation annuelle de financement de l'exercice précédent vient en déduction des versements mensuels prévus à l'article R. 174-25.

Article R174-27

Les tarifs arrêtés pour l'application à l'Institution nationale des invalides de l'article L. 174-3 sont majorés ou minorés en cours d'année pour prendre en compte les évolutions mentionnées à l'article R. 174-23 en cas de variation de la dotation annuelle de financement. Ils sont notifiés au directeur de la caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement.

Article R174-28

Dans le cas où le montant de la dotation annuelle de financement et les tarifs des prestations n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à leur fixation :

1° La caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement règle des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de la dotation de l'exercice antérieur ;

2° Les recettes relatives à la facturation des tarifs des prestations sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Article R174-29

La caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement est désignée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des armées.

Sous-section 2 : Dépenses relatives aux soins dispensés par le service de santé des armées

Paragraphe 1 : Activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

Article R174-30

Pour l'application du présent paragraphe et dans les conditions qu'il fixe, les décisions des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont préparées par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France selon des modalités définies par un protocole signé entre ces ministres et le directeur général de l'agence.

Article R174-31

L'article R. 162-51 est applicable aux hôpitaux des armées.

Article R174-32

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 162-22-7, l'agence régionale de santé d'Ile-de-France prépare, avec le service de santé des armées et la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, un projet de protocole de bon usage des médicaments et des produits et prestations. Le protocole, conclu pour une durée de trois à cinq ans, est signé par le ministre de la défense et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Chaque année, l'agence contrôle l'application de ce protocole dans les mêmes conditions que celles prévues au décret mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 162-22-7 et propose aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le taux de remboursement qu'ils arrêtent après information préalable du ministre de la défense. Le taux de prise en charge applicable est notifié au ministre de la défense et à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale conformément au troisième alinéa de l'article L. 162-22-7.

Article R174-33

Pour l'application de l'article L. 162-22-8, le service de santé des armées communique chaque année à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France les éléments de mesure des activités mentionnées au décret prévu par cet article et réalisées par les hôpitaux des armées. Sur cette base, l'agence propose le montant annuel de chacun des forfaits, qui est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article R. 162-42-4.

Article R174-34

Pour l'application de l'article L. 162-22-13, la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation attribuée au service de santé des armées n'est pas incluse dans les dotations régionales mentionnées au deuxième alinéa de cet article.

L'arrêté prévu à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique fixe la liste des activités d'intérêt général mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du présent code qui sont exercées par le service de santé des armées.

L'agence régionale de santé d'Ile-de-France prépare, avec le service de santé des armées, un projet de protocole pluriannuel relatif aux objectifs et aux moyens des hôpitaux des armées. Le protocole, conclu en application de l'article L. 6114-1 du code de la santé publique, est signé par le ministre de la défense et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ce protocole précise les obligations du service de santé des armées pour l'accomplissement des missions de service public qu'il assure ou contribue à assurer et, le cas échéant, les modalités de calcul de leur compensation financière.

Chaque année, l'agence évalue les missions d'intérêt général mentionnées dans ce protocole. Sur cette base, le montant de la dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation est arrêté, dans les conditions prévues à l'article R. 162-42-4 du présent code et dans le respect de la dotation nationale mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-22-13, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du ministre de la défense.

L'agence transmet au ministre chargé de la santé les données relatives aux activités réalisées dans ce cadre par le service de santé des armées en vue de l'élaboration du bilan mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-22-13.

Article R174-35

L'agence régionale de santé d'Ile-de-France exerce le contrôle prévu à l'article L. 162-22-18 pour les hôpitaux des armées dans les conditions prévues par les articles R. 162-42-10 à R. 162-42-13.

Pour l'application de l'article L. 162-22-18, le contrôle de la facturation réalisée par ces hôpitaux est intégré dans le programme de contrôle de l'agence qui en informe le ministre de la défense.

Pour l'application de l'article R. 162-42-10, l'agence communique au ministre de la défense le rapport mentionné au quatrième alinéa.

Pour l'application de l'article R. 162-42-11, la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 est la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Pour l'application de l'article R. 162-42-12, le montant de la sanction proposée par l'agence est communiqué aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au ministre de la défense.

Pour l'application de l'article R. 162-42-13, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale prononcent la sanction et la notifient au ministre de la défense ainsi qu'à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au terme du délai d'un mois dont dispose le service de santé des armées pour présenter ses observations.

Le montant de la sanction est comptabilisé par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale qui le recouvre dans les conditions prévues par l'article L. 114-17-1.

Article R174-36

Les forfaits annuels et la dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation sont fractionnés en dix allocations mensuelles versées de janvier à octobre par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale selon des modalités fixées par un arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Des avances de trésorerie sont accordées au service de santé des armées dans des conditions fixées par le même arrêté.

Paragraphe 2 : Activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation

Article R174-37

La dotation annuelle de financement allouée au service de santé des armées en application de l'article L. 174-15-1 est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du ministre de la défense et du ministre chargé du budget. Elle est déterminée :

1° En appliquant à la dotation annuelle de financement de l'année précédente un taux d'évolution fixé en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 ;

2° En tenant compte de l'activité et des coûts du service de santé des armées au bénéfice des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

La dotation ainsi fixée peut être majorée ou minorée en cours d'année pour prendre en compte les évolutions affectant l'activité mentionnée au 2°.

La publication au Journal officiel de la République française de l'arrêté fixant la dotation annuelle de financement intervient au plus tard dans les quinze jours suivant la publication de l'arrêté relatif aux dotations régionales mentionné au dernier alinéa de l'article R. 174-2.

Article R174-38

La dotation annuelle de financement allouée au service de santé des armées est fractionnée en dix allocations mensuelles et versée de janvier à octobre par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le règlement du solde de la dotation annuelle de financement de l'exercice précédent vient en déduction des versements prévus au premier alinéa.

Article R174-39

Les tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 174-3 sont déterminés annuellement par arrêté du ministre de la défense selon les modalités fixées par l'article R. 6145-22 du code de la santé publique. Ils peuvent être majorés ou minorés en cours d'année pour prendre en compte les évolutions d'activité mentionnées à l'article R. 174-37 du présent code. Ils sont notifiés à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Article R174-40

Le montant des dépenses du service de santé des armées prises en compte pour le calcul de la dotation annuelle de financement n'est pas inclus dans les dotations régionales mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 174-1-1.

Article R174-41

Dans le cas où le montant de la dotation annuelle de financement n'a pas été arrêté avant le 1er janvier de l'exercice en cause et jusqu'à l'intervention de l'arrêté le fixant, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale règle des acomptes égaux aux dixièmes de la dotation de l'exercice antérieur.

Dans le cas où les tarifs des prestations n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause et jusqu'à l'intervention de l'arrêté les fixant, les recettes relatives à la facturation des tarifs des prestations sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 2 bis : Union nationale des caisses d'assurance maladie - Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaire - Union nationale des professionnels de santé

Section 1 : Union nationale des caisses d'assurance maladie

Article R182-2

Chaque organisme ayant désigné des représentants au conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 182-2-2 désigne un nombre égal de suppléants.

Les suppléants sont appelés à siéger au conseil en l'absence des titulaires et à remplacer ceux dont le siège deviendrait vacant.

Lorsque le siège d'un de ses représentants, titulaire ou suppléant, devient vacant, l'organisme concerné désigne un ou plusieurs nouveaux représentants qui siègent jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble du conseil.

Les règles applicables aux incompatibilités et à la désignation des membres du conseil, titulaires et suppléants, sont celles prévues aux articles L. 231-6 et L. 231-6-1.

Article R182-2-1

La durée du mandat des membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est fixée à cinq ans.

Lorsqu'un membre de l'union perd son mandat au sein du conseil ou du conseil d'administration d'un des organismes constituant ladite union, le conseil ou le conseil d'administration de cet organisme procède à la désignation d'un nouveau représentant.

En cas de renouvellement du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou du conseil d'administration d'une des deux autres caisses nationales, il est procédé à des nouvelles désignations dans les conditions prévues à l'article L. 182-2-2.

Les nouveaux représentants siègent jusqu'au renouvellement du conseil.

Article R182-2-2

Le président du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés exerce les fonctions de président du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Article R182-2-3

Le conseil se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président. L'ordre du jour est fixé par le président.

Lorsque la réunion du conseil intervient à la demande du ou des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget, ou de la moitié au moins des membres du conseil, la convocation est de droit dans les vingt jours suivant la réception de la demande. Les questions dont les ministres chargés de la tutelle ou la moitié des membres du conseil demandent l'inscription à l'ordre du jour, sont inscrites de droit.

Le conseil de l'union ne peut valablement délibérer que si la majorité de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance.

Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est de nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours et délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

En cas d'empêchement, un membre du conseil peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les délibérations du conseil sont adoptées à la majorité simple des membres.

Lorsque le conseil demande au directeur général d'être saisi d'un second projet en application des dispositions du huitième alinéa de l'article L. 182-2-3, il doit l'être dans les vingt jours suivant sa première délibération. Il peut s'opposer à ce second projet par avis motivé à la majorité qualifiée des deux tiers.

Le conseil peut entendre toute personne ou organisation dont il estime l'audition utile à son information.

Le collège des directeurs mentionné à l'article L. 182-2, l'agent comptable et le contrôleur budgétaire assistent avec voix consultative aux séances du conseil. Les commissaires du Gouvernement représentant les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget assistent au conseil et sont entendus à chaque fois qu'ils le demandent.

Article R182-2-4

Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie exerce les compétences définies à l'article L. 182-2-3.

Il adopte son règlement intérieur. Il délibère sur le rapport annuel du directeur général relatif au fonctionnement administratif et financier de l'union nationale.

Il arrête le compte financier après avoir entendu l'agent comptable.

Les pouvoirs du conseil ne l'autorisent pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur général dans l'exercice des pouvoirs propres de décision de ce dernier, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.

Le conseil rend son avis sur les projets de loi et de décrets relatifs à l'assurance maladie dont il est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles R. 200-3 à R. 200-6.

Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil de l'union sont envoyés au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de l'agriculture et au ministre chargé du budget.

Article R182-2-5

Le directeur général de l'union et le collège des directeurs exercent les attributions mentionnées aux articles L. 182-2-4 et L. 182-2-5.

Le directeur général représente l'union en justice et dans les actes de la vie civile. Dans les matières qui relèvent de la compétence du conseil ou de celle du collège des directeurs, il agit en justice sur mandat respectif soit du conseil, soit du collège. Il peut déléguer sa signature.

Il peut déléguer une partie de ses pouvoirs à certains agents de direction. Il peut leur donner mandat en vue d'assurer la représentation de l'union en justice et dans les actes de la vie civile.

Le directeur général est ordonnateur des recettes et des dépenses.

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture fixe la liste des actes du directeur général qui leur sont communiqués sous dix jours. Dans un délai de quinze jours à compter de leur réception, les ministres peuvent, en mentionnant les motifs, faire connaître leur opposition à leur mise en oeuvre si ces actes comportent des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur.

Le collège des directeurs rend compte périodiquement au conseil de la mise en oeuvre de ses orientations. Au plus tard à la fin du premier semestre de chaque année, il remet au conseil un rapport d'activité pour l'année écoulée retraçant notamment les orientations définies par le conseil, les actions mises en oeuvre pour les atteindre et les résultats constatés.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur général, ses fonctions sont exercées par un autre membre du collège des directeurs.

Article R182-2-6

Les fonctions d'agent comptable de l'union nationale sont exercées par l'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article R182-2-7

L'union est soumise aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Section 2 : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Article R182-2-8

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire est composée :

1° Des organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité ;

2° Des organismes professionnels représentant les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le présent code ;

3° Des organismes professionnels représentant les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Elle comprend également l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Pour chacune des catégories mentionnées aux 1°, 2° et 3°, l'union doit comprendre au moins l'organisme professionnel le plus représentatif.

Article R182-2-9

Le conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire comporte trente-trois membres.

Le conseil est composé de quatre collèges :

1° Un collège des représentants des organismes mentionnés au 1° de l'article R. 182-2-8 comportant plus de 50 % des membres du conseil ;

2° Un collège des représentants des organismes mentionnés au 2° de l'article R. 182-2-8 comportant entre 20 % et 25 % des membres du conseil ;

3° Un collège des représentants des organismes mentionnés au 3° de l'article R. 182-2-8 comportant entre 20 % et 25 % des membres du conseil ;

4° Un représentant de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Les représentants des collèges mentionnés aux 1° à 3° sont désignés par les organismes professionnels de chacune de ces catégories, membres de l'union. L'instance de gestion mentionnée au 4° désigne son représentant.

Pour chacun des membres titulaires, un suppléant est désigné dans les mêmes conditions.

Les membres du conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire sont désignés pour trois ans.

Toute vacance ou perte de la qualité au titre de laquelle les membres titulaires ou suppléants ont été désignés donne lieu à remplacement pour la durée de mandat restant à courir.

Article R182-2-10

Le conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire élit à la majorité simple son président. Celui-ci est élu pour une durée de trois ans.

Le conseil se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président.

Le conseil élabore son règlement intérieur.

Article R182-2-11

Les compétences de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire sont exercées par son conseil.

Le conseil rend ses avis dans les conditions prévues aux articles R. 200-3, R. 200-5 et R. 200-6, sous réserve des dispositions du II de l'article R. 162-5 et de l'article R. 160-21. L'avis est notifié à l'auteur de la saisine.

Article R182-2-12

Le bureau prépare les projets de délibérations du conseil. Il décide de la convocation du conseil et établit l'ordre du jour de ses réunions.

Le bureau comprend trois collèges ayant le même nombre de membres, désignés respectivement et en leur sein par chacun des collèges mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 182-2-9. Le nombre des membres du bureau est fixé par les statuts.

Les membres du bureau sont désignés pour une durée de trois ans.

En cas de vacance par décès, démission ou retrait du mandat par le collège du conseil auquel le membre du bureau appartient, il est procédé à la désignation de son remplaçant dans les conditions prévues au deuxième alinéa du présent article. Le mandat de la personne désignée prend fin à la date où devrait normalement prendre fin le mandat du membre remplacé.

Les statuts peuvent prévoir les modalités selon lesquelles le bureau prend les décisions prévues au premier alinéa en cas d'opposition d'un collègue.

Le bureau est présidé par le président du conseil. En cas d'empêchement temporaire du président, celui-ci est remplacé par le membre du bureau appartenant au même collège.

Le bureau se réunit au moins six fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit à la demande de l'un de ses membres.

Section 3 : Union nationale des professionnels de santé

Article R182-3

L'Union nationale des professionnels de santé est composée de quarante-six représentants :

1° Quatorze représentants des organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et spécialistes ;

- 2° Sept représentants des organisations syndicales représentatives des infirmiers ;
- 3° Six représentants des organisations syndicales représentatives des chirurgiens-dentistes ;
- 4° Six représentants des organisations syndicales représentatives des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs ;
- 5° Quatre représentants des organisations syndicales représentatives des pharmaciens titulaires d'officine ;
- 6° Un représentant des organisations syndicales représentatives des biologistes responsables privés ;
- 7° Deux représentants des organisations syndicales représentatives des orthophonistes ;
- 8° Deux représentants des organisations syndicales représentatives des pédicures-podologues ;
- 9° Un représentant des organisations syndicales représentatives des sages-femmes ;
- 10° Un représentant des organisations syndicales représentatives des orthoptistes ;
- 11° Un représentant des organisations syndicales représentatives des audioprothésistes ;
- 12° Un représentant des organisations syndicales représentatives des transporteurs sanitaires.

Pour l'application du présent chapitre, la représentativité s'apprécie en fonction des résultats des enquêtes de représentativité conduites selon les dispositions des articles R. 162-54-1 et R. 162-54-2 et, pour les professions pour lesquelles une enquête n'est pas disponible, les organisations représentatives ayant conclu ou négocié une convention ou l'accord national prévu à l'article L. 165-6 avec l'assurance maladie.

Article R182-3-1

Si le nombre de sièges affectés à une profession est au moins égal au nombre d'organisations syndicales représentatives de cette profession, chacune de ces organisations reçoit un siège. Si, à la suite de cette première attribution, les sièges de la profession n'ont pas tous été attribués, les sièges restant à répartir le sont à la représentation proportionnelle au plus fort reste selon les règles définies à l'article R. 182-3-2.

Si le nombre de sièges affectés à une profession est inférieur au nombre d'organisations syndicales représentatives de cette profession, les sièges sont attribués par ordre décroissant selon les règles définies à l'article R. 182-3-2.

Article R182-3-2

Pour l'application de l'article R. 182-3-1, les sièges sont répartis entre les organisations membres selon les règles suivantes :

Pour les professionnels de santé qui élisent leurs représentants aux unions régionales des professionnels de santé, en fonction du nombre de voix obtenues lors des dernières élections aux unions régionales ;

Pour les autres professions :

- en fonction du nombre de cotisants établi par la dernière enquête de représentativité pour les professions pour lesquelles elle est disponible ;
- en fonction du nombre de cotisants de chacune des organisations syndicales ayant conclu ou négocié une convention ou l'accord national prévu à l'article L. 165-6 avec l'assurance maladie pour les professions pour lesquelles aucune enquête de représentativité n'est disponible.

Article R182-3-3

Les membres de l'Union nationale des professionnels de santé sont nommés pour cinq ans, sur la proposition de l'organisation syndicale qu'ils représentent, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Si, au cours de cette période, de nouvelles élections aux unions régionales des professionnels de santé ou une nouvelle enquête de représentativité intervient, il est procédé à une nouvelle répartition des sièges de la seule profession concernée conformément aux dispositions des articles R. 182-3-1 et R. 182-3-2.

Toute personne qui perd la qualité en laquelle elle a été nommée cesse d'être membre de l'union.

Le remplacement d'un membre, en cas de cessation des fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que la nomination et pour la durée du mandat restant à accomplir.

L'union comprend pour chacune des professions concernées un nombre égal de membres suppléants nommés dans les mêmes conditions.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Article R200-1

Le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les conseils d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ainsi que la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, instituée par l'article L. 221-4, sont saisis par le ministre chargé de la sécurité sociale des projets de mesures législatives ou réglementaires définies à l'article L. 200-3.

Article R200-2

Si le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les conseils d'administration des autres organismes nationaux ou la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles décident d'habiliter respectivement une commission ou une sous-commission à rendre en leur nom des avis sur les projets mentionnés à l'article R. 200-1, celles-ci ne peuvent pas comprendre de personnes n'appartenant pas à ces conseils ou à cette commission.

Article R200-2-1

La motivation de l'avis sur un projet de loi rend compte des motifs sur lesquels s'est fondé le conseil, le conseil d'administration, la commission mentionnée à l'article L. 221-4 ou la commission ou sous-commission habilitée dans les conditions prévues à l'article R. 200-2 et fait état de l'ensemble des positions qui se sont exprimées.

Le président peut proposer un projet d'avis motivé, qui donne lieu à un vote.

Article R200-3

Sauf dans le cas prévu à l'article R. 200-4, l'avis doit être notifié au ministre chargé de la sécurité sociale dans le délai de vingt et un jours à compter de la date de réception du projet de mesure législative ou réglementaire. Toutefois, en cas d'urgence, dûment invoquée dans la lettre de saisine, ce délai est réduit à onze jours.

Article R200-4

Lorsque l'avis porte sur un projet de loi de financement de la sécurité sociale prévu à l'article L.O. 111-3, il doit être notifié au ministre chargé de la sécurité sociale dans le délai de sept jours à compter de la réception dudit projet.

Article R200-5

A défaut de notification au ministre chargé de la sécurité sociale d'un avis dans les délais fixés aux articles R. 200-3 et R. 200-4, l'avis est réputé rendu.

Article R200-6

Les délais fixés aux articles R. 200-3 et R. 200-4 sont des délais francs. Lorsque le premier jour d'un de ces délais est un jour férié ou un samedi, le délai ne court qu'à compter du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le samedi.

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 1er : Caisses primaires d'assurance maladie

Article R211-1

Le conseil de la caisse primaire d'assurance maladie mentionné à l'article L. 211-2 est composé de vingt-trois membres comprenant :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national dont les sièges sont ainsi répartis :

- a) Confédération générale du travail : deux ;
- b) Confédération française démocratique du travail : deux ;
- c) Confédération générale du travail-Force ouvrière : deux ;
- d) Confédération française des travailleurs chrétiens : un ;
- e) Confédération française de l'encadrement-CGC : un.

2° Huit représentants des employeurs, dont les sièges sont ainsi répartis :

- a) Mouvement des entreprises de France : quatre ;
- b) Confédération générale des petites et moyennes entreprises : deux ;
- c) Union professionnelle artisanale : deux.

3° Deux représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;

4° Quatre représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignées par le préfet de région ;

5° Une personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article D. 231-1.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus.

Article R211-1-1

Le conseil de la caisse primaire d'assurance maladie exerce les attributions mentionnées à l'article L. 211-2-1.

Le conseil établit les statuts et son règlement intérieur.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il approuve, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, les comptes annuels sur présentation du directeur et de l'agent comptable et au vu du rapport de validation prévu à l'article D. 114-4-2.

Le conseil élit en son sein le président et le vice-président. L'élection a lieu à scrutin secret. Aux premier et deuxième tours de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, et au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés. En cas de partage des voix, l'élection a lieu au bénéfice de l'âge.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité simple. En cas d'empêchement, un membre du conseil peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut toutefois recevoir plus d'une délégation.

Le conseil se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou par le tiers des membres du conseil. Dans ce cas, la réunion intervient dans les vingt jours suivant la réception de la demande. Les questions dont le responsable du service mentionné ci-dessus ou le tiers des membres demandent l'inscription à l'ordre du jour sont inscrites de droit.

Outre la commission prévue à l'article R. 142-1 pour le traitement des réclamations déposées par les usagers, il peut constituer en son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions.

Il peut exercer le droit d'opposition prévu au sixième alinéa de l'article L. 211-2-1 par avis motivé adopté à la majorité qualifiée des deux tiers de ses membres.

Le conseil peut entendre toute personne ou organisation dont il estime l'audition utile à son information.

Le conseil ne peut se substituer ou donner des injonctions au directeur dans l'exercice des pouvoirs propres de décision de ce dernier, ni annuler ou réformer les décisions prises à ce titre.

Le directeur et l'agent comptable, ou leurs représentants, assistent, avec voix consultative, aux séances du conseil ou des commissions ayant reçu délégation de celui-ci. Il en est de même du praticien chef de l'échelon local du service du contrôle médical, ou de son représentant, lorsque le conseil examine les propositions relatives à la politique de gestion du risque ou celles relatives aux relations avec les usagers. Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, peut également assister au conseil et être entendu à chaque fois qu'il le demande.

Article R211-1-2

Le directeur exerce les attributions mentionnées à l'article L. 211-2-2 et dirige la caisse primaire dans le respect des orientations définies par la caisse nationale.

A ce titre, il fixe l'organisation du travail dans les services et a seule autorité sur le personnel. Dans le cadre des dispositions qui régissent le personnel, et sauf en ce qui concerne l'agent comptable, il prend toute décision d'ordre individuel nécessaire à la gestion du personnel et notamment nomme aux emplois, règle l'avancement, assure la discipline et procède aux licenciements.

Il assure, en liaison avec la caisse nationale, la représentation de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale mentionnée à l'article L. 224-5.

Le directeur prépare les travaux du conseil et met en oeuvre les orientations et délibérations que celui-ci adopte.

Les propositions du directeur mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 4° et au cinquième alinéa de l'article L. 211-2-1 tiennent compte des orientations nationales fixées par le conseil de la caisse nationale et des objectifs figurant dans le contrat négocié avec le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-14 du code de la santé publique. Dans les domaines mentionnés aux 2°, 3° et 4° du deuxième alinéa de l'article L. 211-2-1, le directeur présente ses propositions chaque année.

En cas d'opposition motivée du conseil à ces propositions, le directeur lui soumet dans le délai de quinze jours une nouvelle proposition tenant compte de cet avis.

Le directeur négocie et signe le contrat pluriannuel de gestion dont les orientations ont été présentées au conseil dans un délai de trois mois après signature de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il arrête les comptes annuels établis par l'agent comptable.

Le directeur met en oeuvre les actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional.

Le directeur met également en oeuvre, en liaison avec le service du contrôle médical et l'agence régionale de santé, les mesures nécessaires à la réalisation des objectifs figurant dans le contrat négocié avec le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-14 du code de la santé publique. Il est responsable dans le ressort de la caisse de la conduite et de la coordination des actions de gestion du risque et de contrôle.

Il prend les décisions qu'impliquent les mesures arrêtées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour l'organisation et le pilotage du réseau des caisses du régime général en application des dispositions du 3° de l'article L. 221-3-1.

Il met en oeuvre toutes les mesures nécessaires au respect des objectifs du contrat pluriannuel de gestion et des budgets d'intervention et de gestion de la caisse. Il rend compte de l'exécution du contrat pluriannuel de gestion ainsi que de sa gestion administrative financière et immobilière, selon les modalités fixées par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Dans les conditions définies par décret, le directeur engage les dépenses, constate les créances et les dettes, émet les ordres de recettes et de dépenses et peut, sous sa responsabilité, requérir qu'il soit passé outre au refus de visa de paiement éventuellement opposé par l'agent comptable.

Il a pouvoir de donner la mainlevée des inscriptions et des privilèges ou d'hypothèques sur les immeubles, requises au profit de l'organisme.

Il peut déléguer une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme et leur donner mandat en vue d'assurer la représentation de celui-ci en justice et dans les actes de la vie civile.

Il rend périodiquement compte au conseil de la mise en oeuvre de ses orientations ainsi que de la gestion de l'organisme.

Au plus tard à la fin du premier semestre de chaque année, il remet au conseil un rapport d'activité et de fonctionnement pour l'année écoulée retraçant notamment les orientations définies par le conseil, les actions mises en oeuvre pour les atteindre et les résultats constatés. Ce rapport est transmis au président du conseil et au directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'au service mentionné à l'article R. 155-1.

En cas d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint. En cas d'absence ou d'empêchement du directeur ou du directeur adjoint, ou à défaut de directeur adjoint, les fonctions de directeur sont exercées par un agent de l'organisme désigné préalablement à cet effet par le directeur. En cas de vacance de l'emploi de directeur, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés désigne la personne chargée d'effectuer l'intérim dans l'attente d'une nomination.

Article R211-1-3

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur. Il est chargé, sous sa propre responsabilité, de l'ensemble des opérations financières et comptables de l'établissement. Sa gestion est garantie par un cautionnement dont le montant minimum est fixé dans les limites déterminées par un arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, l'agent comptable établit les comptes annuels.

Article R211-2

Dans les agglomérations désignées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, l'organisation de la caisse primaire comprend :

1°) les services centraux ;

2°) des circonscriptions administratives dont le nombre est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

3°) des centres de paiement.

Les circonscriptions administratives, lesquelles n'ont pas la personnalité juridique et ne sont pas dotées de l'autonomie financière, sont placées sous l'autorité d'agents de direction auxquels le directeur de la caisse primaire peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs.

Le conseil d'administration de la caisse primaire peut constituer dans chaque circonscription administrative un comité de liaison, dont il désigne les membres parmi les diverses catégories d'administrateurs.

Au sein du comité de liaison, le nombre de représentants des assurés est supérieur à celui des représentants des employeurs. Chaque organisation mentionnée à l'article L. 214-6 est, sur sa demande, représentée au

comité. Les attributions du comité sont fixées par une délibération du conseil d'administration approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Les centres de paiement constituent les dossiers de prestations, liquident et paient les prestations. Ils peuvent accomplir toutes autres missions dont ils sont chargés par la caisse primaire.

Article R211-3

Les sections locales effectuent, pour le compte de la caisse primaire, la constitution des dossiers de prestations, de liquidation et le paiement des prestations et peuvent accomplir toutes autres missions dont elles sont chargées par le conseil d'administration de la caisse.

Les sections locales sont tenues de se conformer aux règles fixées par le décret prévu à l'article L. 256-2.

Peuvent être chargées de l'accomplissement des différentes missions qui incombent aux sections locales, dans la circonscription pour laquelle elles ont été habilitées pour leurs membres et pour les assurés ayant exercé en leur faveur le choix prévu à l'article R. 312-2, les mutuelles et unions de mutuelles, ainsi que les sections créées conformément aux statuts de ces mutuelles ou unions. Elles peuvent utiliser les correspondants locaux ou d'entreprises agréés par la caisse.

Elles peuvent être habilitées dans le cadre d'un département par plusieurs caisses primaires, sous réserve de créer une section distincte par caisse.

Article R211-4

Le comité de gestion de chaque section de caisse primaire comprend au moins cinq membres désignés par le conseil d'administration de la caisse parmi les différentes catégories d'administrateurs. Au sein de ce comité le nombre de représentants des assurés est supérieur à celui des représentants des employeurs. Chaque organisation mentionnée à l'article L. 214-6 est, sur sa demande, représentée au comité.

Les représentants des salariés au comité de gestion de chaque section doivent être des assurés sociaux relevant de cette section.

Lorsqu'il est fait appel, pour la gestion d'une section à un groupement mutualiste dont le conseil d'administration ne comprend pas au moins deux tiers d'assurés sociaux relevant de la section, la gestion est confiée à un comité d'au moins six membres désignés par ledit conseil et remplissant cette condition.

Article R211-5

Lorsqu'ils sont habilités dans les conditions définies à l'article L. 211-4, les groupements mutualistes jouent, selon qu'ils comptent cent assurés dans un même établissement ou dans une même localité ou agglomération,

le rôle de correspondant d'entreprise ou le rôle de correspondant local pour leurs membres et pour les assurés ayant exercé, en leur faveur, le choix prévu à l'article R. 312-2. Dans les deux cas, ils assurent, à ce titre, la constitution des dossiers et le paiement des prestations.

Article R211-6

Lorsqu'il est fait appel à leur compétence et dans la limite de celle-ci, les correspondants d'entreprise sont chargés de constituer les dossiers des assurés sociaux travaillant dans l'entreprise et de transmettre ces dossiers, en vue du paiement des prestations, soit à la caisse primaire, soit à la section dont relèvent les assurés.

Les correspondants locaux accomplissent les mêmes missions en ce qui concerne les assurés sociaux résidant dans la circonscription qui leur est attribuée.

Les correspondants locaux et d'entreprise peuvent, en outre, recevoir du conseil d'administration de la caisse des missions plus étendues.

Article R211-7

Les correspondants d'entreprise sont désignés soit par le comité d'entreprise, soit, en l'absence de comité, par accord entre le personnel et le chef d'entreprise. Ils doivent obtenir l'agrément de la caisse primaire d'assurance maladie.

Les correspondants locaux sont désignés par la caisse. Ils ne peuvent être choisis parmi les personnes exerçant l'un des commerces ci-après : hôtelier, logeur, restaurateur, débitant de boissons, commerce de détail de toutes marchandises.

Article R211-8

Les correspondants locaux ne peuvent accomplir les missions dont ils sont chargés dans les locaux ou dans les dépendances des locaux occupés par les exploitations mentionnées au deuxième alinéa de l'article précédent.

Article R211-9

Les correspondants locaux et d'entreprise prévus à l'article R. 211-6 sont considérés comme mandataires de la caisse et engagent la responsabilité de celle-ci dans la mesure où la caisse leur confie des fonds en vue du paiement des prestations.

Les groupements mutualistes habilités, conformément à l'article R. 211-5, à jouer le rôle de correspondants locaux ou d'entreprise, agissent en tant que mandataires de l'assuré et sont responsables des fonds qui peuvent leur être confiés par la caisse.

Article R211-11

La commission consultative des professions de santé instituée auprès des caisses d'assurance maladie et des caisses générales de sécurité sociale des départements mentionnés à l'article L. 751-1 est composée de représentants des professions médicales et d'auxiliaires médicaux régies par le code de la santé publique et désignés par les organisations syndicales de la circonscription affiliées aux organisations syndicales nationales les plus représentatives au sens des articles L. 314-5, L. 314-9, L. 314-10, L. 314-13 et L. 314-15.

Chaque organisation désigne :

- 1°) trois titulaires et trois suppléants pour les médecins ;
- 2°) deux titulaires et deux suppléants pour les chirurgiens-dentistes ;
- 3°) deux titulaires et deux suppléants pour les pharmaciens ;
- 4°) deux titulaires et deux suppléants pour les masseurs-kinésithérapeutes ;
- 5°) deux titulaires et deux suppléants pour les infirmiers ;
- 6°) un titulaire et un suppléant pour chacune de autres professions de santé.

Les membres de la commission doivent exercer dans le ressort de la caisse. Ils sont désignés pour la durée du mandat du conseil d'administration de la caisse. Toutefois, les personnes qui cessent d'appartenir à l'organisation qui les a désignées sont déchues de leur mandat. Les membres appelés à les remplacer siègent pour la durée du mandat restant à courir.

La commission élit son président.

Elle peut être consultée par le conseil d'administration sur les questions de sa compétence.

Elle désigne en son sein l'expert qui siège avec voix consultative au conseil d'administration.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 2 : Caisses d'allocations familiales

Section 1 : Dispositions générales.

Article R212-1

La circonscription et le siège des caisses d'allocations familiales sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, compte tenu des circonscriptions territoriales des caisses primaires d'assurance maladie.

Article R212-2

Sont affiliés à la caisse d'allocations familiales tous les employeurs dont l'établissement se trouve situé dans sa circonscription, ainsi que les travailleurs indépendants qui y exercent leur activité.

Article R212-3

En cas de vacance de l'emploi de directeur d'une caisse d'allocations familiales, le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales désigne la personne chargée d'assurer l'intérim dans l'attente d'une nomination.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 3 : Unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

Article R213-1

Le conseil d'administration de chaque union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales comprend vingt membres, à raison de :

1°) douze représentants des assurés sociaux ;

2°) cinq représentants des employeurs ;

3°) trois représentants des travailleurs indépendants, parmi lesquels un représentant des professions industrielles et commerciales, un représentant des professions artisanales et un représentant des professions libérales.

Les administrateurs peuvent être choisis parmi les membres des conseils d'administration des caisses ou en dehors d'eux.

Article R213-2

Les représentants des employeurs sont conjointement désignés par le conseil national du patronat français et la confédération générale des petites et moyennes entreprises.

Les sièges de représentants des assurés sociaux sont répartis entre les organisations syndicales nationales représentatives à la représentation proportionnelle avec application de la règle du plus fort reste. Un arrêté du préfet du département dans lequel l'union de recouvrement a son siège fixe, sur ces bases, le nombre de sièges revenant à chaque organisation.

Les représentants des travailleurs indépendants sont désignés respectivement par le bureau de CCI France, le bureau de l'assemblée permanente des chambres de métiers et de l'artisanat de région et l'organisation nationale représentative des professions libérales qui a obtenu le plus grand nombre de voix dans la

circonscription de l'union aux élections aux conseils d'administration des caisses d'allocations familiales. Le préfet désigne, sur cette base, cette organisation.

Article R213-3

Chaque organisation professionnelle nationale ayant désigné un ou des représentants à l'un des conseils d'administration mentionnés à l'article R. 213-1 ci-dessus peut désigner un nombre égal d'administrateurs suppléants.

Article R213-4

En cas de vacance de l'emploi de directeur d'une union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale désigne la personne chargée d'assurer l'intérim dans l'attente d'une nomination.

Article R213-5

Les dispositions des articles L. 281-4, L. 281-5, R. 231-1, R. 281-4 et R. 281-6 sont applicables aux conseils d'administration des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 5 : Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

Article R215-1

Les nominations aux emplois de direction des services chargés de la gestion de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage au sein des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ne peuvent être prononcées qu'après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage.

Article R215-1-1

Les sièges à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 215-4-1 sont ainsi répartis :

1° Pour les représentants des assurés sociaux :

- a) Confédération générale du travail : un ;
- b) Confédération française démocratique du travail : un ;
- c) Confédération générale du travail-Force ouvrière : un ;
- d) Confédération française des travailleurs chrétiens : un ;
- e) Confédération française de l'encadrement-CGC : un ;

2° Pour les représentants des employeurs :

- a) Mouvement des entreprises de France : trois ;
- b) Confédération des petites et moyennes entreprises : un ;
- c) Union professionnelle artisanale : un.

Article R215-1-2

Les dispositions relatives au fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sont applicables à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 215-4-1.

Article R215-4

I.-Pour la mise en œuvre de l'article R. 142-1, les réclamations contre les décisions de la Caisse nationale d'assurance vieillesse concernant des assurés sociaux de la région parisienne sont portées devant la commission de recours amiable constituée au sein du conseil d'administration de la caisse nationale.

II.-Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail informent la Caisse nationale d'assurance vieillesse de toutes les décisions rendues par les juridictions mentionnées aux chapitres II, III et IV du titre IV du livre Ier en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage.

Article R215-5

En cas de vacance de l'emploi de directeur d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, une personne chargée d'assurer l'intérim est désignée, dans l'attente d'une nomination, conjointement par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 6 : Constitution et groupement des caisses

Section 2 : Groupement des caisses

Article R216-1

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale peuvent fixer les conditions dans lesquelles des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, des caisses d'allocations familiales ou leurs unions sont tenues d'organiser des services communs qui se substituent à leurs services respectifs pour l'accomplissement d'opérations de même nature relevant de leurs attributions et énumérées par lesdits arrêtés. Ces services communs sont gérés pour l'ensemble des caisses intéressées par la caisse désignée par l'arrêté organisant le service commun.

Article R216-2

Les arrêtés mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 216-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 216-4 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

L'approbation mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 216-4 est donnée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 2 bis : Caisse commune de sécurité sociale.

Article R216-3

Le conseil de la caisse commune de sécurité sociale comprend :

1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national dont les sièges sont ainsi répartis :

- a) Confédération générale du travail : 2 ;
- b) Confédération française démocratique du travail : 2 ;
- c) Confédération générale du travail-Force ouvrière : 2 ;
- d) Confédération française des travailleurs chrétiens : 1 ;
- e) Confédération française de l'encadrement-CGC : 1 ;

2° Huit représentants d'employeurs et de travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives :

- a) Cinq représentants des employeurs désignés à raison de :

Trois par le Mouvement des entreprises de France ;

Un par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

Un par l'Union professionnelle artisanale ;

- b) Trois représentants des travailleurs indépendants désignés à raison de :

Un par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

Un par l'Union professionnelle artisanale ;

Un représentant désigné conjointement par l'Union nationale des professions libérales et la Chambre nationale des professions libérales ;

3° Si la caisse commune exerce les missions des caisses primaires d'assurance maladie, deux représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ainsi que deux représentants des institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignées par le préfet ;

4° Si la caisse commune exerce les missions des caisses d'allocations familiales, deux représentants des associations familiales désignées soit par l'union départementale des associations familiales mentionnée à l'article L. 211-2 du code de l'action sociale et des familles, soit par l'Union nationale des associations familiales mentionnée au même article si, dans la circonscription de la caisse, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, celles-ci ne sont pas parvenues à un accord sur cette désignation ;

5° Si la caisse commune exerce les missions des unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, deux personnes qualifiées dans le domaine d'activité du recouvrement désignées par le préfet ;

6° Une personne qualifiée dans le champ de compétence de la caisse commune de sécurité sociale désignée par le préfet.

Siègent également, avec voix consultative, trois représentants élus du personnel.

L'ensemble des membres ainsi désignés participent aux délibérations et à l'exercice des missions du conseil.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 7 : Dispositions communes - Dispositions d'application

Section 3 : Opérations immobilières des organismes de sécurité sociale concernant l'installation de leurs services administratifs.

Article R217-1

En vue de l'installation de leurs services administratifs, les organismes de sécurité sociale peuvent acquérir ou prendre à bail des terrains ou des immeubles bâtis, construire des immeubles ou les aliéner. Ils peuvent également réaliser des ventes ou des échanges d'immeubles dont ils n'ont plus l'utilisation.

Ces opérations doivent être décidées par le conseil ou le conseil d'administration. Elles sont soumises à l'avis des commissions instituées par le décret n° 69-825 du 28 août 1969.

Article R217-2

Une délibération du conseil d'administration ou une décision du directeur général de la caisse nationale compétente définit les opérations immobilières mentionnées à l'article R. 217-1 ci-dessus qui ne pourront être réalisées qu'avec son agrément préalable.

Article R217-3

Il est interdit d'accorder ou de recevoir, à l'occasion de toute opération immobilière, une commission ou une rémunération quelconque, sous quelque forme que ce soit et quel qu'en soit le bénéficiaire, à l'exception des honoraires légaux.

Cette stipulation doit figurer dans l'acte.

Section 4 : Dispositions relatives aux agents de direction

Article R217-8

Pour les nominations mentionnées aux articles L. 217-3 et L. 217-4, préalablement à la déclaration de vacance de poste de directeur ou d'agent comptable prévue à l'article R. 123-47-10, le directeur de la caisse nationale compétente ou de l'agence centrale saisit pour avis le président du conseil d'administration de l'organisme local concerné sur l'appel à candidatures envisagé. A l'issue d'un délai de huit jours à compter de la saisine, la déclaration de la vacance de poste est déclarée et publiée dans les conditions fixées par l'arrêté prévu par l'article R. 123-47-10.

Article R217-9

Pour les nominations mentionnées aux articles L. 217-3 et L. 217-4, le directeur de l'organisme national compétent informe, dans les quinze jours suivant réception des avis du comité des carrières mentionnés à l'article R. 123-47-8, le conseil d'administration de l'organisme local concerné, après concertation avec son président, de la candidature retenue parmi celles ayant reçu un avis favorable de ce comité.

En l'absence d'opposition à la majorité des deux tiers du conseil d'administration dans un délai de onze jours suivant cette transmission, le directeur de l'organisme national procède à la nomination du candidat retenu.

Le secrétariat du comité des carrières des agents de direction communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés du comité.

Article R217-10

Pour les nominations aux fonctions de directeur ou d'agent comptable des organismes locaux ou régionaux d'assurance maladie qui n'entrent pas dans le champ d'application de l'article L. 217-4, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés informe, dans les dix jours suivant réception des avis du comité des carrières, le conseil de la caisse de la candidature retenue parmi celles ayant reçu un avis favorable de ce comité sur l'adéquation au poste à pourvoir. En l'absence d'opposition du conseil dans le délai de onze jours suivant cette transmission, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés procède à la nomination aux fonctions du candidat proposé.

Le secrétariat du comité des carrières des agents de direction communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés du comité.

Article R217-11

En application des dispositions du troisième alinéa des articles L. 217-3 et L. 217-3-1, le directeur général ou le directeur de la caisse nationale ou de l'agence centrale, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui envisage, pour un motif autre que disciplinaire, de prendre une décision de cessation de fonction d'un directeur ou d'un agent comptable d'un organisme local ou régional de la branche dont relève l'organisme national, recueille préalablement l'avis du président du conseil

ou du conseil d'administration de la caisse intéressée et en informe le service mentionné à l'article R. 155-1 compétent ainsi que le président du comité des carrières.

Il convoque l'intéressé à un entretien par lettre recommandée indiquant l'objet de la convocation en lui précisant qu'il peut se faire assister par une personne de son choix. Cet entretien ne peut avoir lieu moins de dix jours après la notification de cette lettre. Au cours de cet entretien, le directeur général ou le directeur de la caisse nationale ou de l'agence centrale informe l'intéressé de la décision envisagée et recueille ses observations.

Après avoir pris connaissance des avis demandés et au plus tard dans les quinze jours suivant l'entretien, le directeur général ou le directeur de la caisse nationale ou de l'agence centrale notifie sa décision motivée de cessation de fonctions à l'agent concerné, au président du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local ou régional ainsi qu'au service mentionné à l'article R. 155-1.

La décision de cessation de fonctions ne vaut pas licenciement. Jusqu'à son reclassement dans un organisme de sécurité sociale, dans les conditions prévues par la convention collective, l'intéressé est rattaché pour sa gestion, pour une période qui ne saurait excéder six mois, à l'organisme national chargé de la branche dont il relève. Durant cette période, il se voit confier par la caisse nationale ou l'agence centrale une mission correspondant à sa qualification et à ses compétences. Il peut effectuer cette mission au sein d'un organisme régional ou local de la branche dans laquelle il exerce. Il bénéficie, durant cette période, du maintien de l'ensemble des éléments de la rémunération qu'il percevait dans ses fonctions précédentes. Il lui est fait application des dispositions prévues par la convention collective pour sa nomination dans son nouveau poste.

Section 5 : Personnel

Article R217-12

Dans le cadre des dispositions qui régissent le personnel, et sauf en ce qui concerne l'agent comptable, le directeur prend toute décision d'ordre individuel nécessaire à la gestion du personnel et notamment nomme aux emplois, règle l'avancement, assure la discipline et procède aux licenciements. Il désigne les agents chargés de l'intérim des emplois de direction à l'exception de celui d'agent comptable.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 1 : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Section 1 : Conseil

Sous-section 1 : Compétence

Article R221-1

Le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés exerce les attributions mentionnées à l'article L. 221-3.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6, après avoir pris connaissance du rapport de certification prévu à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, il approuve, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, les comptes annuels qui lui sont présentés par le directeur général et l'agent comptable.

Il établit le règlement intérieur.

Sous-section 2 : Composition

Article R221-2

Le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés mentionné à l'article L. 221-3 est composé de trente-cinq membres comprenant :

1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national dont les sièges sont ainsi répartis :

- a) Confédération générale du travail : trois ;
- b) Confédération française démocratique du travail : trois ;
- c) Confédération générale du travail-Force ouvrière : trois ;
- d) Confédération française des travailleurs chrétiens : deux ;

e) Confédération française de l'encadrement-CGC : deux ;

2° Treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives dont les sièges sont ainsi répartis :

a) Mouvement des entreprises de France : sept ;

b) Confédération générale des petites et moyennes entreprises : trois ;

c) Union professionnelle artisanale : trois ;

3° Trois représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;

4° Quatre représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

5° Deux personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article D. 231-1.

Siègent également aux séances du conseil avec voix consultative trois représentants du personnel, représentant respectivement les employés et assimilés, les praticiens conseils et les cadres, élus.

Assistent au conseil le directeur général, l'agent comptable et le contrôleur budgétaire.

Des commissaires du Gouvernement représentent les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Ils sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Sous-section 3 : Fonctionnement

Article R221-3

Le conseil élit en son sein le président et le vice-président. L'élection a lieu au scrutin secret. Aux premier et deuxième tours de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, et, au troisième tour, à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge.

Article R221-4

Lorsque la réunion du conseil intervient à la demande du ou des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ou de la moitié au moins des membres du conseil, la convocation est de droit dans les vingt jours suivant la réception de la demande. Les questions dont les ministres chargés de la tutelle ou la moitié des membres du conseil demandent l'inscription à l'ordre du jour sont inscrites de droit.

Article R221-5

Le conseil ne peut valablement délibérer que si la majorité de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours. Il délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents. En cas d'empêchement, un membre du conseil peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les délibérations du conseil sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

Lorsque le conseil demande un second projet en application des dispositions du dix-neuvième alinéa de l'article L. 221-3, il est saisi dans les vingt jours suivant sa première délibération. Il peut s'opposer à ce second projet sur le fondement d'un avis motivé à la majorité qualifiée des deux tiers de ses membres.

Article R221-6

Lorsqu'il est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de la proposition de nomination du directeur général, le conseil dispose d'un délai de onze jours à compter de sa saisine pour faire valoir le cas échéant son droit d'opposition. L'avis est réputé rendu en l'absence de notification au ministre chargé de la sécurité sociale dans le délai de onze jours. En cas d'opposition du conseil à la majorité des deux tiers, le ministre chargé de la sécurité sociale transmet une nouvelle proposition.

Lorsqu'il est envisagé de mettre fin aux fonctions du directeur général avant le terme de son mandat, le ministre chargé de la sécurité sociale en informe le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui dispose d'un délai de quinze jours à compter de sa saisine pour faire connaître son avis au ministre. L'avis est réputé défavorable en l'absence de sa notification au ministre chargé de la sécurité sociale dans le délai de quinze jours.

Article R221-7

Le directeur général, l'agent comptable et le contrôleur budgétaire assistent, avec voix consultative, aux séances de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ils assistent, avec voix consultative, ou se font représenter aux séances des commissions ayant reçu délégation du conseil.

Le conseil ne peut se substituer ou donner des injonctions au directeur général dans l'exercice des pouvoirs propres de décision de ce dernier, ni annuler ou réformer les décisions prises à ce titre.

Article R221-8

Le conseil peut constituer en son sein des commissions auxquelles il peut déléguer une partie de ses attributions.

Il peut entendre toute personne ou organisation dont il estime l'audition utile à son information.

Section 2 : Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles

Article R221-9

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, instituée par l'article L. 221-4, détermine les orientations de la convention d'objectifs et de gestion de la branche. Elle approuve, dans les conditions prévues au dix-neuvième alinéa de l'article L. 221-3, les budgets du Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, mentionné au 3° de l'article R. 251-1.

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles est consultée par le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés lorsque celui-ci est amené à prendre une décision susceptible d'affecter l'équilibre financier ou le fonctionnement de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles, et notamment lorsqu'il est saisi pour approbation des budgets du Fonds national de la gestion administrative, du Fonds national du contrôle médical et du Fonds national d'action sanitaire et sociale. Le règlement intérieur du conseil précise les délais à l'intérieur desquels l'avis de la commission doit être rendu.

Chaque année, le directeur général soumet à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles les propositions relatives aux éléments de calcul des cotisations mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 242-5.

Section 3 : Directeur général

Article R221-10

Pour l'application de l'article L. 221-3-1 le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en oeuvre les orientations et décisions adoptées par le conseil et, pour l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, celles adoptées par la commission mentionnée à l'article L. 221-4. Il peut, le cas échéant, recevoir délégation de ces deux instances.

Il est responsable de la mise en oeuvre de la politique de gestion du risque ainsi que de celle de la réalisation des objectifs définis dans la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1. Il assure la coordination et l'homogénéité de la gestion du risque sur l'ensemble du territoire.

Le directeur général a seule autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans les services et assure la discipline générale. Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires donnant compétence à une autre autorité, il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel.

Le directeur général assure la gestion des budgets nationaux de gestion et d'intervention et arrête notamment les états prévisionnels. Il est l'ordonnateur des recettes et des dépenses. Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il arrête les comptes annuels ainsi que les comptes combinés établis par l'agent comptable. Il peut désigner des ordonnateurs secondaires. Il peut déléguer sa signature à ceux de ses collaborateurs qui exercent une fonction de direction au sein de l'établissement pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

Il représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il conclut au nom de l'établissement public tous les contrats, conventions et marchés. Il prend les actes d'acquisition et d'aliénation des biens mobiliers et immobiliers et accepte les dons et legs. Il peut signer des transactions sur les litiges.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur général, ses fonctions sont exercées par un agent de direction de l'établissement public désigné préalablement à cet effet par le directeur général.

Article R221-11

Le directeur général rend compte périodiquement au conseil de la mise en oeuvre de ses orientations et de sa gestion de l'établissement et du réseau.

Il remet au conseil, au plus tard à la fin du premier semestre de chaque année, un rapport d'activité pour l'année écoulée retraçant notamment les orientations définies par le conseil, les actions mises en oeuvre pour les atteindre et les résultats constatés.

Article R221-12

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe la liste des actes du directeur général qui leur sont communiqués sous dix jours. Dans un délai de quinze jours à compter de leur réception, les ministres peuvent, par décision motivée, faire connaître leur opposition à leur mise en oeuvre si ces actes comportent des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur. Ils peuvent également, pour les actes relatifs à la gestion administrative de l'établissement figurant sur cette liste, s'opposer à leur mise en oeuvre s'il apparaît que ces actes méconnaissent la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1.

Dans les conditions prévues par cette convention, le directeur général communique toute information et réalise toute étude que les ministres chargés de la tutelle jugent utiles.

Article R221-13

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut faire usage du pouvoir de suspension ou d'annulation dont il dispose en application du douzième alinéa de l'article L.

221-3-1 sur les délibérations des conseils et les décisions des directeurs des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail à compter de la notification de ces décisions à l'organisme national.

Ces décisions ne deviennent exécutoires que si, à l'expiration d'un délai de quinze jours suivant leur réception, elles n'ont pas été suspendues ou annulées par le directeur général de l'organisme national pour un motif tenant à leur méconnaissance des dispositions de la convention d'objectifs et de gestion ou du contrat pluriannuel de gestion. Le directeur général peut suspendre ces décisions pour demander un complément d'information. Le délai de quinze jours court à nouveau à compter du jour où les informations requises ont été fournies à la caisse nationale. Les décisions prises par le directeur général portant suspension ou annulation sont communiquées au service mentionné à l'article R. 155-1, et, lorsqu'elles concernent une délibération, au président du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Section 4 : Agent comptable

Article R221-14

L'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis conforme du directeur général. Il est placé sous l'autorité administrative de celui-ci.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il présente au conseil, avec le directeur général, les comptes annuels et les comptes combinés.

Il établit les comptes des branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 200-2.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement de l'agent comptable, ses fonctions sont exercées par un agent de direction de l'établissement désigné à cet effet par l'agent comptable.

Article R221-15

Sous réserve des dispositions de l'article R. 114-6-1, les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Toutefois, le compte financier est établi par l'agent comptable, arrêté par le directeur et approuvé lors de la même séance du conseil d'administration que celle qui approuve les comptes annuels et les comptes combinés.

Section 5 : Gestion des créances et des dettes internationales de sécurité sociale

Article R221-16

Dans le cadre de la mission prévue au 10° de l'article L. 221-1, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés :

1° Assure la présentation des créances des institutions françaises de sécurité sociale aux institutions étrangères et aux autres institutions concernées, le recouvrement de ces créances ainsi que, le cas échéant, le traitement des contestations afférentes à celles-ci ;

2° Après un contrôle sur leur recevabilité et leur bien-fondé, règle les dettes présentées par les institutions étrangères et les autres institutions concernées pour l'ensemble des régimes français légalement obligatoires, lesquelles font l'objet d'un remboursement par ces régimes selon des modalités prévues par convention, et, le cas échéant, assure le traitement des contestations afférentes à celles-ci ;

3° Fournit aux autorités ministérielles compétentes les éléments permettant à celles-ci d'apurer, avec les autorités compétentes des autres Etats, les comptes relatifs aux créances et aux dettes entre les institutions françaises de sécurité sociale et leurs homologues étrangères ainsi qu'avec les autres institutions concernées ;

4° Etablit un rapport annuel de ses activités qu'elle communique aux autorités ministérielles compétentes et aux régimes français légalement obligatoires d'assurance maladie autres que le régime général ;

5° Apporte, en tant que de besoin, un appui technique au ministère chargé de la sécurité sociale ;

6° Communique au centre mentionné à l'article L. 767-1 les éléments nécessaires à l'accomplissement de la mission prévue au 6° de l'article R. 767-2 s'agissant des dépenses d'assurance maladie.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 2 : Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

Article R222-1

La Caisse nationale d'assurance vieillesse coordonne et contrôle la gestion de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, notamment en ce qui concerne la tenue des comptes des assurés, les modalités de liquidation des droits et de paiement des prestations, l'utilisation d'imprimés et, plus généralement, l'organisation et le fonctionnement des services chargés de gérer l'assurance vieillesse et l'assurance veuvage.

Article R222-2

La Caisse nationale d'assurance vieillesse peut procéder à toutes les enquêtes nécessaires sur les méthodes de gestion relatives à l'assurance vieillesse, à l'assurance veuvage et à l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 3 : Caisse nationale des allocations familiales

Article R223-1

Le remboursement aux organismes prestataires par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités ou allocations mentionnées au 6° de l'article L. 223-1 ainsi que des frais de gestion afférents est effectué selon l'une des modalités suivantes :

I. - Lorsque les organismes concernés ne versent pas de prestations familiales, les conditions de ce remboursement ainsi que les pièces ou états justificatifs à produire sont fixées par convention conclue entre la Caisse nationale des allocations familiales et chaque organisme national. Ces conventions peuvent prévoir le versement d'acomptes, calculés en fonction des dépenses constatées au cours de l'exercice précédent.

II. - Lorsque les organismes concernés versent des prestations familiales, ce remboursement est effectué annuellement au vu d'un état récapitulatif produit à l'occasion des opérations de centralisation des comptes.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 4 : Dispositions communes aux caisses nationales - Dispositions d'application.

Article R224-1

Le conseil d'administration de chaque caisse nationale règle par ses délibérations les affaires de la caisse soit sur proposition de son président, de ses membres ou du directeur, soit sur l'initiative du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration établit le règlement intérieur de la caisse.

Le conseil d'administration de chaque caisse nationale assure la gestion des fonds nationaux relevant respectivement de cette caisse. Il arrête notamment les états prévisionnels et les budgets afférents à ces divers fonds.

Le conseil d'administration délibère sur les matières pour lesquelles son intervention est expressément prévue aux termes des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, et notamment sur les budgets et les comptes annuels propres à la caisse. Il délibère également sur le rapport annuel du directeur relatif au fonctionnement administratif et financier.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article R224-2

Le conseil d'administration des caisses nationales, des allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs salariés peut être convoqué en dehors des séances normales par le président, soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé du budget.

Le directeur et l'agent comptable assistent aux séances du conseil d'administration.

Article R224-3

Le conseil ou conseil d'administration de chaque caisse nationale peut constituer et son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions.

Il peut également constituer des commissions comprenant des personnalités qui n'appartiennent pas au conseil ; mais il ne peut déléguer d'attributions aux commissions ainsi composées.

Le conseil ou conseil d'administration fixe la durée des fonctions des membres des commissions qui n'appartiennent pas au conseil. En tout état de cause, ces fonctions prennent fin à l'expiration du mandat des membres du conseil ou administrateurs. Elles sont renouvelables.

Les commissions comprennent des représentants désignés parmi les différentes catégories de membres du conseil ou administrateurs, le nombre de représentants des assurés sociaux étant égal à celui des représentants des employeurs et, pour les commissions des organismes visés aux articles L. 223-3 et L. 225-3, égal à celui des représentants des employeurs et des travailleurs indépendants.

Article R224-4

Les commissaires du Gouvernement représentant le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget auprès des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs salariés assistent aux séances du conseil ou des conseils d'administration et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Article R224-5

Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil ou du conseil d'administration sont envoyés au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut après entente avec le ministre chargé du budget viser, pour exécution immédiate, une délibération qui lui a été communiquée en application de l'article L. 224-10.

Article R224-6

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est nommé par décret sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis du conseil, qui s'oppose à la nomination à la majorité des deux tiers de ses membres. Le directeur des autres caisses nationales est nommé par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné.

Le directeur ou le directeur général nommé, le cas échéant, un ou plusieurs directeurs délégués, directeurs adjoints et sous-directeurs.

Les opérations de recettes et de dépenses sont effectuées par un agent comptable nommé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R224-7

Le directeur des organismes visés aux articles L. 222-1 et L. 223-1 assure le fonctionnement desdits organismes sous le contrôle du conseil d'administration. Il exécute les décisions du conseil d'administration et peut, le cas échéant, en recevoir délégation. Il exécute les décisions du conseil d'administration. Il peut, le cas échéant, en recevoir délégation.

Le directeur a seule autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans les services et assure la discipline générale ; sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires donnant compétence à une autre autorité, il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel.

Le directeur soumet chaque année au conseil d'administration les projets d'états prévisionnels et les projets de budgets prévus au quatrième alinéa de l'article R. 224-1.

Le directeur est ordonnateur des recettes et des dépenses de la caisse.

Le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs agents de la caisse pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

En cas de vacance de l'emploi de directeur, d'absence momentanée ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint ou, à défaut, par un sous-directeur.

Article R224-8

Au conseil d'administration de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, le nombre de sièges attribués aux représentants d'une part des assurés sociaux, d'autre part des employeurs, ainsi que la répartition de ces sièges entre les organisations représentant chacune de ces deux catégories d'administrateurs sont identiques à ceux retenus pour la composition des conseils des organismes visés à l'article L. 211-2.

Les suppléants sont désignés conformément aux dispositions du I de l'article L. 231-3.

Le président du conseil d'administration de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale est élu en son sein par le conseil.

Article R224-9

Dans le cas où un administrateur de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, représentant les assurés sociaux ou les employeurs, cesse d'appartenir à l'organisation qui a procédé à sa désignation, il est immédiatement mis fin à ses fonctions et l'organisation désigne un nouvel administrateur. Les fonctions de cet administrateur prennent fin en même temps que celles des autres administrateurs de l'union.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 5 : Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article R225-1

Le conseil d'administration de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale comprend quinze membres, à raison de :

1°) cinq représentants de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

2°) cinq représentants de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

3°) cinq représentants de la caisse nationale des allocations familiales.

Les représentants de chaque caisse nationale sont désignés par le conseil d'administration parmi ses membres.

Neuf des quinze membres du conseil d'administration de l'agence sont choisis parmi les administrateurs assurés sociaux et six parmi les administrateurs employeurs.

La répartition des sièges entre les organisations représentant les assurés sociaux s'effectue sur la base du total des voix obtenues par ces organisations au niveau national lors des élections aux conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'allocations familiales et selon la règle de la représentation proportionnelle au plus fort reste.

Si cette répartition n'est pas respectée ou si l'une ou plusieurs des organisations syndicales nationales représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail ne sont pas représentées, le ministre chargé de la sécurité sociale invite les conseils d'administration des trois caisses nationales à procéder à une nouvelle délibération.

Selon les mêmes règles, chaque conseil désigne en outre un nombre de suppléants égal à celui des représentants titulaires de la caisse.

Dans le cas où un administrateur cesse d'appartenir au conseil d'administration de la caisse nationale qu'il représente, il est immédiatement mis fin à ses fonctions et la caisse désigne un nouvel administrateur. Les fonctions de cet administrateur prennent fin en même temps que celles des autres administrateurs de l'agence.

Article R225-2

Pour l'application de l'article L. 225-3, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture sont représentés chacun auprès de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale par un commissaire du Gouvernement.

Pour l'application du même article, le ministre chargé du budget est représenté par deux commissaires du Gouvernement.

Les commissaires du Gouvernement assistent aux séances du conseil d'administration et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Article R225-3

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'agence soit sur proposition de son président, de ses membres, ou du directeur, soit sur l'initiative du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé du budget.

Le conseil d'administration établit le règlement intérieur de l'agence.

Il prend les décisions nécessaires à l'application de l'article L. 225-1 et des textes pris pour son exécution.

Il délibère sur les matières pour lesquelles son intervention est expressément prévue aux termes du titre III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Il délibère également sur le rapport annuel du directeur relatif au fonctionnement administratif et financier.

Le conseil d'administration peut désigner des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions dans les mêmes conditions que celles définies à l'article R. 224-3.

Article R225-4

Le conseil d'administration de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale se réunit au moins une fois tous les trois mois. Il peut être convoqué en dehors des séances normales par le président soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé du budget.

Le directeur et l'agent comptable assistent aux séances du conseil d'administration. Deux représentants du régime social des indépendants, dont le directeur général ou son représentant et un administrateur désigné en son sein par le conseil d'administration de la caisse nationale, assistent également aux séances, avec voix consultative.

Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement que si la majorité des membres ayant voix délibérative assistent à la séance. Les membres du conseil d'administration ne peuvent se faire représenter aux séances.

Toutefois, ils peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les décisions sont prises à la majorité des voix.

Article R225-5

Dans les dix jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil d'administration sont envoyés au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

En cas d'urgence le ministre chargé de la sécurité sociale peut, après entente avec le ministre chargé du budget, viser, pour exécution immédiate, une délibération qui lui a été communiquée en application de l'article L. 226-4.

Article R225-6

Le directeur de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale est nommé par décret rendu sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné. Le directeur nomme, le cas échéant, un ou plusieurs directeurs délégués, directeurs adjoints et sous-directeurs.

Les opérations de recettes et de dépenses de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale sont effectuées par un agent comptable nommé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R225-7

Le directeur assure le fonctionnement de l'agence sous le contrôle du conseil d'administration. Il exécute les décisions du conseil d'administration. Il peut, le cas échéant, recevoir délégation de celui-ci.

Le directeur a seule autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans les services et assure la discipline générale. Sous réserve des dispositions législatives et réglementaires donnant compétence à une autre autorité, il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel et la discipline générale du service.

Le directeur soumet chaque année au conseil d'administration le projet de budget de l'agence.

Le directeur est ordonnateur des recettes et des dépenses.

Le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs agents pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 6 : Dispositions communes aux caisses nationales et à l'agence centrale

Article R226-1

Pour l'application des articles L. 151-1, L. 153-1, R. 151-1 et R. 153-1, la caisse nationale compétente est :

1°) la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour les décisions émanant d'une caisse primaire d'assurance maladie ou d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, à l'exclusion de celles qui sont prises en matière de recouvrement des cotisations ;

2°) la caisse nationale des allocations familiales pour les décisions émanant d'une caisse d'allocations familiales, à l'exclusion de celles qui sont prises en matière de recouvrement des cotisations ;

3°) la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés pour les décisions émanant de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg et pour les décisions émanant d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail concernant l'exercice des attributions mentionnées aux articles R. 215-1 à R. 215-4, R. 222-1 et R. 222-2, R. 232-1, R. 251-23, R. 252-16 à R. 252-21 et R. 253-2 ;

4°) l'agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les décisions émanant d'une union de recouvrement et pour celles afférentes au recouvrement des cotisations mentionnées aux 1° et 2° du premier alinéa du présent article.

Pour l'application des dispositions des articles L. 151-1 et R. 151-1, l'union des caisses nationales est substituée à la caisse nationale compétente dans les matières pour lesquelles elle a reçu délégation des caisses nationales en vertu de l'article L. 224-5.

Lorsque la décision ayant fait l'objet d'une mesure de suspension émane soit d'une caisse générale des départements d'outre-mer, soit d'une union ou fédération groupant des organismes de natures différentes, la caisse nationale compétente est déterminée :

1°) pour l'application du deuxième alinéa de l'article R. 151-1, compte tenu de l'objet des dispositions réputées enfreintes ;

2°) pour l'application du quatrième alinéa du même article, compte tenu de la nature du risque en cause.

Article R226-2

Pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article R. 151-1, la caisse nationale compétente est saisie après nouvelle délibération du conseil ou le conseil d'administration de l'organisme dont la décision a été suspendue par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Article R226-3

Le contrôle des caisses nationales et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale prévu aux articles L. 221-2, L. 222-4, L. 223-2 et L. 225-2 est exercé par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget.

Article R226-4

L'opposition prévue à l'article L. 224-10 est exercée par le ministre chargé de la sécurité sociale ou par le ministre chargé du budget.

Le délai prévu au même article est fixé à vingt jours à compter de la communication des délibérations.

Article R226-5

Les marchés sont passés dans les formes et les conditions prescrites pour les marchés de l'Etat.

Article R226-6

Les caisses nationales et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale sont tenues de fournir au ministre chargé de la sécurité sociale, dans les formes et conditions fixées par celui-ci, les statistiques concernant les régimes de sécurité sociale dont elles assument la gestion.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 7 : Egal accès des femmes et des hommes

Article R227-1

Pour garantir une composition conforme aux dispositions prévues à l'article L. 231-1, dans le conseil et les conseils d'administration des caisses nationales et de l'agence centrale mentionnés aux articles L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3 et dans la commission mentionnée à l'article L. 221-5, il est procédé aux désignations des conseillers et administrateurs titulaires dans les conditions suivantes :

1° Chaque organisation ou institution appelée à désigner un nombre pair de conseillers ou administrateurs titulaires désigne autant de femmes que d'hommes ;

2° Chaque organisation ou institution appelée à désigner un nombre impair de conseillers ou administrateurs titulaires procède à ces désignations de telle sorte que l'écart entre le nombre des femmes désignées et le nombre des hommes désignés ne soit pas supérieur à un. Le tirage au sort prévu à l'article R. 227-2 détermine si elles doivent désigner un nombre supérieur de femmes ou un nombre supérieur d'hommes. Pour les organisations ou institutions qui ne désignent qu'un conseiller ou qu'un administrateur, ce tirage au sort détermine également si ce siège doit être pourvu par une femme ou un homme.

Ces dispositions s'imposent également aux organisations ou institutions lorsqu'elles désignent des représentants dans plusieurs catégories de conseillers ou administrateurs.

Article R227-2

Un tirage au sort a lieu à chaque renouvellement des mandats et pour chaque instance mentionnée à l'article L. 231-1, dès lors que des organisations ou institutions ont un nombre impair de membres à désigner.

Les conditions de déroulement de ce tirage au sort sont définies par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R227-3

Dans le conseil et les conseils d'administration des caisses nationales et de l'agence centrale mentionnés aux articles L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3 et dans la commission mentionnée à l'article L. 221-5, lorsqu'en cours de mandat le siège d'un représentant titulaire devient vacant, le nouveau représentant doit être du même sexe que le titulaire initialement désigné.

Article R227-4

Pour pouvoir satisfaire à son obligation de remplacer le titulaire par un suppléant du même sexe, chaque organisation ou institution doit désigner le même nombre de femmes et d'hommes parmi ses suppléants que parmi ses titulaires.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 3 : Dispositions communes à toutes les caisses

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux conseils d'administration

Section 1 : Composition des conseils d'administration

Article R231-0

Lorsque le siège d'une des personnalités qualifiées mentionnées au 5° de l'article R. 211-1 et au 5° de l'article R. 221-2 devient vacant en cours de mandat, la personnalité qualifiée nommée pour le pourvoir siège jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble du conseil.

Sous-section 1 : Dispositionq générales

Sous-section 2 : Membres désignés

Section 2 : Fonctionnement.

Article R231-1

Les conseils ou les conseils d'administration des caisses se réunissent au moins une fois tous les trois mois. Ils sont en outre convoqués par leur président toutes les fois que les besoins du service l'exigent.

Lorsqu'ils ne sont pas suppléés, les membres du conseil ou du conseil d'administration peuvent donner délégation à un autre membre du même conseil. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les décisions sont prises à la majorité des voix.

Article R231-2

Les membres suppléants des conseils ou des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale ne siègent qu'en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation.

Article R231-3

Le silence gardé pendant plus de quatre mois par le ministre chargé du travail, saisi d'un recours hiérarchique sur une décision prise par l'inspecteur du travail dans le cadre de l'article L. 231-11, vaut décision de rejet.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 3 : Dispositions communes à toutes les caisses

Chapitre 2 : Transmission d'informations entre caisses en matière d'assurance vieillesse

Article R232-1

Les informations nécessaires à l'ouverture et à la tenue des comptes individuels devant servir de base à la liquidation des droits en matière d'assurance vieillesse sont obligatoirement transmises, selon le cas, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse, aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ou à la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg par les organismes qui détiennent lesdites informations, et notamment par les organismes de sécurité sociale chargés de l'immatriculation, des affiliations et du recouvrement des cotisations.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 1er : Généralités

Section 1 : Assurances sociales

Sous-section 2 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage.

Article R241-0-1

I.-Pour l'application des dispositions de l'article L. 241-3-1 aux salariés dont l'employeur est soumis à l'obligation édictée à l'article L. 351-4 du code du travail et à ceux mentionnés à l'article L. 351-12 du même code, ces salariés doivent être titulaires :

1° Soit d'un contrat de travail à temps partiel défini par les dispositions de l'article L. 212-4-2 du code du travail ;

2° Soit d'un contrat de travail donnant lieu au versement d'une rémunération qui n'est pas déterminée en fonction du nombre d'heures de travail effectuées, à condition que cette rémunération soit inférieure à la rémunération considérée comme correspondant à celle d'une activité exercée à temps plein.

II.-Pour l'application du même article, la durée de travail à temps plein est la durée légale de travail calculée sur le mois ou, si elle lui est inférieure, la durée mensuelle de travail fixée pour la branche ou l'entreprise ou la durée mensuelle de travail applicable dans l'établissement.

Article R241-0-2

I.-Le salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein mentionné à l'article L. 241-3-1 est égal au produit de la rémunération mensuelle et du rapport entre, d'une part, la durée du travail mentionnée au II de l'article R. 241-0-1 et, d'autre part, le nombre d'heures rémunérées au cours du mois ou, le cas échéant, le nombre d'heures considéré comme correspondant à la rémunération mensuelle versée et calculée selon les modalités fixées par le décret prévu à l'article L. 241-3-1.

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de la rémunération mensuelle, le nombre d'heures rémunérées pris en compte au titre des périodes de suspension est égal au produit de la

durée de travail que le salarié aurait effectuée s'il avait continué à travailler ou, le cas échéant, du nombre d'heures considéré comme correspondant à la rémunération mensuelle qui lui aurait été versée, par le pourcentage de la rémunération demeuré à la charge de l'employeur et soumis à cotisation.

II.-La rémunération mensuelle prise en compte pour l'application du présent article et de l'article R. 241-0-1 est la rémunération mensuelle brute constituée des gains et rémunérations définis à l'article L. 242-1, versée au salarié au cours du mois civil correspondant.

III.-Le taux des cotisations d'assurance vieillesse calculées sur la base du salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein est celui fixé en application des deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3.

IV.-Les dispositions de l'article L. 241-3-1 ne sont pas applicables s'il est fait usage, au titre du même contrat de travail, d'une assiette ou de montants forfaitaires de cotisations tels que définis aux articles L. 241-2, L. 241-3, L. 241-5 et L. 241-6.

V.-Les dispositions prévues par l'article L. 242-8 et par le deuxième alinéa de l'article L. 242-3 ne sont pas applicables lorsqu'il est fait usage, au titre du même contrat de travail, de la faculté prévue à l'article L. 241-3-1.

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 242-3, la rémunération à prendre en compte au titre de chacune des activités donnant lieu à l'application de l'article L. 241-3-1 est égale au salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein, calculé selon les dispositions prévues aux I et II du présent article.

Article R241-0-3

I.-Le maintien de l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse à hauteur de la rémunération correspondant à l'activité exercée à temps plein résulte de l'accord du salarié et de l'employeur. Cet accord est écrit, daté et signé par les deux parties. Il figure dans le contrat de travail initial ou dans un avenant à celui-ci si l'accord est postérieur à la conclusion du contrat.

II.-L'employeur peut prendre en charge la différence entre le montant de la cotisation salariale d'assurance vieillesse due sur le salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein, déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 241-0-2, et celui de la cotisation d'assurance vieillesse dont le salarié serait redevable s'il n'était pas fait usage de la faculté prévue par l'article L. 241-3-1. En ce cas, l'accord fixe la proportion, la durée et les modalités de cette prise en charge.

Article R241-0-4

En cas de transformation d'un contrat de travail à temps plein en contrat à temps partiel constituant une alternative à un licenciement collectif pour motif économique, effectué dans le cadre de la procédure de l'article L. 321-2 du code du travail, le maintien de l'assiette à la hauteur de la rémunération correspondant à l'activité exercée à temps plein doit être proposé par l'employeur dans les mêmes termes à l'ensemble des

salariés dont le contrat de travail à temps complet sera transformé en contrat à temps partiel pour le même motif.

La proposition comporte, le cas échéant, les modalités de prise en charge par l'employeur des cotisations dans les conditions prévues au II de l'article R. 241-0-3. Elle est notifiée à chacun des salariés concernés par lettre recommandée avec accusé de réception et intégrée au projet d'avenant par lequel le contrat de travail est transformé en contrat de travail à temps partiel.

Le salarié peut refuser cette proposition par une mention expresse portée dans l'avenant.

Article R241-0-5

L'accord mentionné à l'article R. 241-0-3 peut être dénoncé par l'employeur ou par le salarié.

Toutefois, il ne peut être dénoncé par l'employeur avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa date d'effet.

L'accord peut comporter un engagement de l'employeur de ne pas procéder à sa dénonciation avant l'expiration d'un délai supérieur à celui prévu au précédent alinéa.

La dénonciation de l'accord par le salarié ou l'employeur est notifiée à l'autre partie et mentionnée dans un avenant au contrat de travail.

En cas de dénonciation, il ne peut être conclu de nouvel accord au titre du même contrat de travail avant l'expiration d'un délai de cinq ans à compter de la date d'effet de la dénonciation.

Article R241-0-6

I. - Les dispositions de l'article R. 241-0-2 sont applicables aux cotisations afférentes aux rémunérations versées :

1° Soit à compter de la date fixée pour son entrée en vigueur par l'accord prévu à l'article R. 241-0-3 ou par l'avenant prévu à l'article R. 241-0-4, sans que cette date puisse être antérieure ni à la date de conclusion de cet accord ou de cet avenant ni à celle à laquelle le salarié remplit les conditions prévues à l'article R. 241-0-1 ; toutefois, si la date ainsi déterminée ne correspond pas au premier jour d'un mois, les dispositions de l'article R. 241-0-2 sont applicables aux cotisations afférentes aux rémunérations versées à compter du premier jour du mois suivant ;

2° Soit, lorsque l'accord ou l'avenant ne fixe pas de date pour son entrée en vigueur, à compter du premier jour du mois suivant la date de sa conclusion ou bien à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle le salarié remplit les conditions prévues à l'article R. 241-0-1 si cette date est postérieure à la conclusion ou à la notification de l'accord ou de l'avenant.

II. - En outre, en cas de transformation d'un contrat de travail à temps complet en contrat de travail à temps partiel, la date de mise en oeuvre des dispositions de l'article R. 241-0-2 prévues au I du présent article est reculée d'un mois lorsque la rémunération afférente à la période de travail à temps complet est versée à compter de la date déterminée en application du I.

III. - Les dispositions prévues à l'article R. 241-0-2 ne sont plus applicables aux cotisations afférentes aux rémunérations versées à partir du premier jour du mois au cours duquel soit la dénonciation de l'accord par le salarié ou l'employeur est notifiée à l'autre partie, soit le salarié cesse de remplir, du fait du contrat considéré, les conditions fixées à l'article R. 241-0-1, soit le contrat de travail prend fin.

Section 2 : Accidents du travail et maladies professionnelles

Article R241-1

En vue de la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les caisses primaires et les unions de recouvrement sont tenues de fournir aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail tous les éléments financiers susceptibles de faire connaître les dépenses et les recettes, soit par employeur, soit par branche d'activité.

Section 3 : Prestations familiales.

Article R241-2

La cotisation d'allocations familiales des travailleurs indépendants est due par toute personne physique exerçant, même à titre accessoire, une activité non salariée.

Pour l'application des dispositions du premier alinéa du présent article, sont considérées comme travailleurs indépendants non agricoles les personnes mentionnées aux 1°, 4°, 5°, 6°, 7° et 8° de l'article L. 613-1 et celles mentionnées à l'article L. 722-1.

Article R241-3

Le conjoint survivant qui poursuit l'exploitation de l'entreprise du de cujus est redevable, au titre du trimestre au cours duquel est survenu le décès, de la cotisation qu'aurait acquittée de son vivant le conjoint et, à compter du trimestre suivant, d'une cotisation calculée dans les conditions prévues à l'article L. 131-6-2.

Section 4 : Dispositions communes.

Article R241-4

L'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-10 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 2 : Assiette, taux et calcul des cotisations

Section 1 : Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés ou assimilés

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article R242-1

Les cotisations à la charge des employeurs et des salariés ou assimilés au titre de la législation des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales sont calculées, lors de chaque paie, sur l'ensemble des sommes comprises dans ladite paie, telles qu'elles sont définies à l'article L. 242-1, y compris, le cas échéant, la valeur représentative des avantages en nature, mais déduction faite des prestations familiales mentionnées aux articles L. 511-1 et L. 755-11 à L. 755-23.

Sont incluses dans la base des cotisations les allocations complémentaires aux indemnités journalières de sécurité sociale, versées au titre de périodes d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie, un accident, une maternité, en application du contrat de travail ou d'une convention collective de travail, lorsqu'elles sont destinées à maintenir en tout ou en partie, pendant ces périodes, le salaire d'activité, que ces allocations soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Les dispositions ci-dessus ne sont applicables qu'aux allocations complémentaires versées au titre des périodes pendant lesquelles le contrat individuel de travail qui lie le salarié à l'employeur reste en vigueur.

Des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture, et du ministre chargé du budget déterminent les conditions et limites dans lesquelles la rémunération peut faire l'objet d'un abattement pour frais professionnels.

Des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget déterminent la valeur représentative des avantages en nature et des pourboires à prendre en considération pour le calcul des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Le montant des rémunérations à prendre pour base de calcul des cotisations en application des alinéas précédents ne peut être inférieur, en aucun cas, au montant cumulé, d'une part, du salaire minimum de croissance applicable aux travailleurs intéressés fixé en exécution de la loi n° 70-7 du 2 janvier 1970 et des textes pris pour son application et, d'autre part, des indemnités, primes ou majorations s'ajoutant audit salaire minimum en vertu d'une disposition législative ou d'une disposition réglementaire.

Toutefois, les dispositions des alinéas précédents ne sont pas applicables aux assurés pour lesquels les cotisations sont, conformément aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6, fixées forfaitairement par arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale.

La contribution ouvrière n'est pas due par le travailleur salarié ou assimilé accomplissant un travail non bénévole qui, ne percevant aucune rémunération en argent de la part de son employeur ou par l'entremise d'un tiers, ni à titre de pourboires, reçoit seulement des avantages en nature ou le bénéfice d'une formation professionnelle à la charge de l'employeur.

Dans ce cas, les cotisations patronales dues au titre des législations de sécurité sociale et d'allocations familiales sont fixées forfaitairement par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R242-1-1

Pour le bénéfice de l'exclusion de l'assiette des cotisations prévue au sixième alinéa de l'article L. 242-1, les garanties mentionnées au même alinéa, qu'elles soient prévues par un ou par plusieurs dispositifs mis en place conformément aux procédures mentionnées à l'article L. 911-1, doivent couvrir l'ensemble des salariés.

Ces garanties peuvent également ne couvrir qu'une ou plusieurs catégories de salariés sous réserve que ces catégories permettent, dans les conditions prévues à l'article R. 242-1-2, de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées. Une catégorie est définie à partir des critères objectifs suivants :

1° L'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention ;

2° Un seuil de rémunération déterminé à partir de l'une des limites inférieures des tranches fixées pour le calcul des cotisations aux régimes complémentaires de retraite issus de la convention nationale mentionnée au 1° ou de l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961, sans que puisse être constituée une catégorie regroupant les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède la limite supérieure de la dernière tranche définie par l'article 6 de la convention nationale précitée ;

3° La place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au livre deuxième de la deuxième partie du code du travail ;

4° Le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie ou l'ancienneté dans le travail des salariés correspondant aux sous-catégories fixées par les conventions ou les accords mentionnés au 3° ;

5° L'appartenance au champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire assurant la couverture du risque concerné, ou bien l'appartenance à certaines catégories spécifiques de salariés définies par les stipulations d'une convention collective, d'un accord de branche ou d'un accord national interprofessionnel caractérisant des conditions d'emploi ou des activités particulières, ainsi que, l'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession ;

Ces catégories ne peuvent en aucun cas être définies en fonction du temps de travail, de la nature du contrat, de l'âge ou, sous réserve du 4° et du dernier alinéa de l'article R. 242-1-2, de l'ancienneté des salariés.

Article R242-1-2

Sont considérées comme couvrant l'ensemble des salariés placés dans une situation identique au regard des garanties mises en place :

1° Les prestations de retraite supplémentaire bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° à 3° de l'article R. 242-1-1 ;

2° Les prestations destinées à couvrir le risque de décès prévues par les dispositions de l'article 7 de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres mentionnée au 1° de l'article R. 242-1-1 ;

3° Les prestations destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès, lorsque ce dernier est associé à au moins un des trois risques précédents, ou la perte de revenus en cas de maternité, bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° et 2° du même article ainsi que, sous réserve que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts, au 3° du même article ;

4° Les prestations destinées à couvrir des frais de santé, qui bénéficient à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° et 2° du même article, sous réserve que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts.

Dans tous les autres cas où les garanties ne couvrent pas l'ensemble des salariés de l'entreprise, l'employeur devra être en mesure de justifier que la ou les catégories établies à partir des critères objectifs mentionnés à l'article R. 242-1-1 permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

Le fait de prévoir que l'accès aux garanties est réservé aux salariés de plus de douze mois d'ancienneté pour les prestations de retraite supplémentaire et les prestations destinées à couvrir des risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès, et aux salariés de plus de six mois d'ancienneté pour les autres prestations, ne remet pas en cause le caractère collectif de ces garanties.

Article R242-1-3

Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 doivent être les mêmes pour tous les salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie au sens du même article.

Pour les prestations de prévoyance complémentaire, le fait de prévoir des garanties plus favorables au bénéfice de certains salariés en fonction des conditions d'exercice de leur activité ne remet pas en cause le caractère collectif de ces garanties.

Article R242-1-4

Pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette, les contributions de l'employeur mentionnées aux alinéas 6 à 9 de l'article L. 242-1 sont fixées à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie au sens de l'article R. 242-1-1, sauf dans les cas suivants :

1° La prise en charge par l'employeur de l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel ou des apprentis dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

2° La modulation par l'employeur des contributions relatives à la couverture des garanties de prévoyance complémentaire en fonction de la composition du foyer du salarié ;

3° En matière de prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'inaptitude, la mise en place de taux croissants en fonction de la rémunération dans la mesure où une progression au moins aussi importante est également appliquée aux contributions des salariés.

Article R242-1-5

Ni le fait de prévoir la possibilité pour les salariés de choisir de souscrire pour eux-mêmes ou leurs ayants droit des garanties supplémentaires ni la majoration des contributions de l'employeur en cas de surcotisation effectuée par les salariés au titre de ces garanties supplémentaires ne remettent en cause le caractère collectif de ces garanties.

Dans ce cas, la part des contributions de l'employeur correspondant à cette majoration ne bénéficie pas de l'exclusion de l'assiette des cotisations prévue au sixième alinéa de l'article L. 242-1.

La part des contributions de l'employeur correspondant aux garanties supplémentaires prévues au profit des ayants droit du salarié bénéficie de l'exclusion de l'assiette lorsque ces garanties sont mises en place à titre obligatoire, le cas échéant sous réserve des dispenses correspondant à celles qui sont prévues à l'article R. 242-1-6.

Pour les salariés qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, le caractère collectif des garanties n'est pas remis en cause lorsque, pour une garantie donnée, la contribution due par l'employeur fait l'objet d'un partage par quotes-parts entre chacun d'entre eux selon les conditions qu'ils déterminent conjointement.

Article R242-1-6

Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion, au choix du salarié, prévues dans l'acte juridique et énoncées ci-dessous :

1° Lorsque les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés ;

2° Lorsque les garanties ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 et que l'acte qui met en place ces garanties prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

a) Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

b) Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

c) Des salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

d) Des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

e) Des salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

f) Des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La mise en œuvre des cas de dispense prévus par le présent article s'entend sans préjudice de l'application aux salariés concernés qui le souhaitent, des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 faisant obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif couvrant les risques que ces dispositions mentionnent soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

Article R242-2

Lorsque la rémunération est réglée à des intervalles autres que ceux qui sont prévus dans les décrets pris en application du premier alinéa de l'article L. 241-3, le calcul des cotisations s'effectue dans la limite de la somme obtenue, en application des dispositions des mêmes décrets, en décomposant la période à laquelle s'applique le règlement de la rémunération en mois, quinzaines, semaines et jours ouvrables.

Si la période à laquelle s'applique le règlement de la rémunération est exprimée en jours, les cotisations peuvent également être calculées dans la limite obtenue en multipliant la somme fixée pour une rémunération mensuelle par autant de trentièmes du plafond mensuel que la période considérée comporte de jours ouvrables ou non ouvrables dans la limite de trente trentièmes.

Si la période à laquelle s'applique le règlement de la rémunération est exprimée en heures, les cotisations sont calculées dans la limite obtenue en multipliant la somme fixée pour une rémunération mensuelle par ce nombre d'heures divisé par 151, 67.

Les éléments de rémunération versés occasionnellement, à des intervalles irréguliers, ou à des intervalles différents de la périodicité des paies sont, pour le calcul des cotisations, lorsqu'ils sont versés en même temps qu'une paie, ajoutés à celle-ci et, lorsqu'ils sont versés dans l'intervalle de deux paies, ajoutés à la paie suivante, sans qu'il soit tenu compte de la période de travail à laquelle ils se rapportent.

Article R242-2-1

Pour le calcul de la cotisation vieillesse mentionnée au premier alinéa de l'article L. 241-3, due en cas de redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire mis en œuvre conformément aux dispositions de l'article L. 242-1-2, le plafond applicable est égal à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale.

Article R242-3

Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 242-3 sont tenues de faire connaître à chacun de leurs employeurs, à la fin de chaque mois ou de chaque trimestre, le total de la rémunération qu'elles ont reçue au cours de ce mois ou de ce trimestre. Elles utilisent, à cet effet, une déclaration du modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Le travailleur à domicile, assuré obligatoire, est tenu de déclarer, dans les cinq premiers jours de chaque trimestre, aux chefs d'entreprise pour le compte desquels il travaille, les noms, numéros d'immatriculation et salaires des personnes qui ont travaillé avec lui au cours du trimestre précédent pour le compte desdits employeurs. Si cette déclaration ne leur a pas été faite, les chefs d'entreprise sont tenus d'en aviser l'organisme chargé du recouvrement.

Les mêmes obligations s'imposent au travailleur salarié ou assimilé qui se fait assister ou remplacer par un membre de sa famille, un aide ou remplaçant, qu'il recrute ou rémunère pour une activité exercée au profit de son employeur.

En l'absence des déclarations prévues aux alinéas précédents, chaque employeur calcule les cotisations sur la base de la rémunération totale, compte tenu des dispositions des articles R. 243-10 et R. 243-11. Toute partie intéressée peut provoquer le remboursement des cotisations versées en trop.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsqu'un employeur met en oeuvre la dérogation prévue par le deuxième alinéa de l'article L. 242-3.

Article R242-4

En cas de désaccord entre l'assuré et ses employeurs, l'organisme chargé du recouvrement fixe, pour chaque employeur, la fraction de la rémunération sur laquelle doivent être calculées les cotisations de sécurité sociale.

En cas de carence de la caisse, la décision est prise par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Article R242-5

Lorsque la comptabilité d'un employeur ne permet pas d'établir le chiffre exact des rémunérations servant de base au calcul des cotisations dues, le montant des cotisations est fixé forfaitairement par l'organisme chargé du recouvrement. Ce forfait est établi compte tenu des conventions collectives en vigueur ou, à défaut, des salaires pratiqués dans la profession ou la région considérée. La durée de l'emploi est déterminée d'après les déclarations des intéressés ou par tout autre moyen de preuve. Lorsque l'employeur ou le travailleur indépendant ne met pas à disposition les documents ou justificatifs nécessaires à la réalisation du contrôle engagé en application de l'article L. 243-7 ou lorsque leur présentation n'en permet pas l'exploitation, le montant des cotisations est fixé forfaitairement par l'organisme chargé du recouvrement, dans les conditions prévues au présent article.

En cas de carence de l'organisme créancier, le forfait est établi par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Lorsque l'employeur n'a pas versé dans les délais prescrits par les articles R. 243-6, R. 243-7, R. 243-9 et R. 243-22, les cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, l'organisme créancier peut fixer, à titre provisionnel, le montant desdites cotisations en fonction des versements effectués au titre des mois ou trimestres antérieurs. Cette évaluation doit être notifiée à l'employeur par une mise en demeure adressée par lettre recommandée, avec accusé de réception dans les conditions de l'article L. 244-2.

Sous-section 2 : Dispositions propres à chaque branche

Paragraphe 4 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article R242-6

L'arrêté prévu au premier alinéa de l'article L. 242-7 est pris par le ministre chargé du travail et le ministre chargé de la sécurité sociale.

L'autorité compétente pour statuer au nom de l'Etat, en application du cinquième alinéa de l'article L. 242-7, est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Article R242-6-1

Pour les entreprises en tarification mixte ou individuelle, le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle classé dans une catégorie correspondant à une incapacité permanente au moins égale à 10 % est mis pour partie à la charge de l'entreprise utilisatrice en application de l'article L. 241-5-1, sur la base du coût moyen rendu applicable à cette catégorie dans le champ professionnel du comité technique national mentionné à l'article L. 422-1 dont elle dépend selon les modalités déterminées en application de l'article L. 242-5. Il est imputé au compte de l'établissement dans lequel le travailleur temporaire effectuait sa mission, à hauteur d'un tiers de ce coût moyen pour déterminer le taux de cotisation accidents du travail et maladies professionnelles de cet établissement ou de l'ensemble des établissements pour lesquels un taux unique est fixé.

Pour les entreprises en tarification collective, le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle mis pour partie à la charge de l'entreprise utilisatrice en application de l'article L. 241-5-1 comprend un tiers du capital représentatif de la rente ou du capital correspondant à l'accident mortel, calculé selon les modalités déterminées en application de l'article L. 242-5. Il entre dans le calcul des taux collectifs des différentes catégories de risques compte tenu du classement de l'établissement dans lequel le travailleur temporaire effectuait sa mission.

Toutefois, le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est entièrement imputé au compte employeur de l'entreprise de travail temporaire en cas de défaillance de l'entreprise utilisatrice. L'entreprise

utilisatrice qui fait l'objet d'une procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire est regardée comme défaillante au sens des dispositions du premier alinéa de l'article L. 241-5-1.

L'entreprise utilisatrice qui assume directement la charge totale de la gestion du risque en vertu des articles L. 413-13 ou L. 413-14 est tenue de verser à l'organisme de recouvrement dont elle relève, en une seule fois, le montant de la fraction de coût mise à sa charge. Ce montant lui est notifié par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, qui en informe simultanément l'organisme de recouvrement dont relève l'établissement où le salarié a été victime de l'accident ou bien a contracté la maladie professionnelle.

Pour la détermination de la date d'exigibilité du versement, les périodes de paiement des rémunérations mentionnées au premier alinéa de l'article R. 243-6 s'entendent de périodes au cours desquelles a lieu la notification du montant par l'organisme de recouvrement.

Lorsque l'entreprise de travail temporaire et l'entreprise utilisatrice relèvent au titre de l'activité des salariés qu'elles emploient de régimes de sécurité sociale différents, la part du coût prévu aux deux premiers alinéas imputable à l'entreprise utilisatrice donne lieu à remboursement par le régime de cette dernière au régime de l'entreprise de travail temporaire.

Article R242-6-2

L'entreprise de travail temporaire adresse à l'entreprise utilisatrice, sur la demande de celle-ci, les justificatifs de dépenses et les éléments de procédure suivants :

- 1° Déclaration d'accident faite par l'entreprise de travail temporaire ;
- 2° Attestations de salaires ;
- 3° Copies des décisions de prise en charge ou de refus de prise en charge au titre des accidents du travail ;
- 4° Copies des notifications des décisions attributives de rente.

L'entreprise utilisatrice adresse à l'entreprise de travail temporaire sur la demande de celle-ci les pièces justifiant qu'il a été procédé aux communications prévues à l'article R. 412-2.

Article R242-6-3

Les litiges concernant la répartition de la charge financière de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle entre l'entreprise de travail temporaire et l'entreprise utilisatrice relèvent du contentieux général de la sécurité sociale.

Lorsque l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise utilisatrice introduit une action contentieuse portant sur un accident du travail ou une maladie professionnelle dont le coût a fait l'objet du partage prévu à l'article L. 241-5-1, l'entreprise requérante est tenue de mettre en cause l'autre entreprise. En cas de carence de l'entreprise requérante, le juge ordonne d'office cette mise en cause à peine d'irrecevabilité.

Section 3 : Cotisations assises sur les rémunérations des salariés à temps partiel.

Article R242-7

Pour le calcul des cotisations de sécurité sociale qui sont à la charge de l'employeur et qui, par application de l'article L. 241-3, sont assises sur les rémunérations perçues par les assurés dans la limite d'un plafond, l'employeur est en droit d'opérer, à chaque échéance de paie, un abattement sur les rémunérations des salariés à temps partiel au sens de l'article L. 212-4-2 du code du travail, à l'exclusion de ceux qui sont énumérés à l'article L. 242-10 du présent code.

Toutefois cet abattement ne peut être effectué que dans les cas où la rémunération que le salarié aurait perçue s'il avait occupé son poste ou son emploi à temps complet aurait été supérieure au plafond applicable, pour la période considérée, au calcul des cotisations de sécurité sociale.

Pour l'application de la présente section, la rémunération qu'un salarié à temps partiel aurait perçue s'il avait été employé à temps complet est égale au produit de la rémunération brute et du rapport entre la durée légale du travail ou, si elle lui est inférieure, la durée de travail fixée conventionnellement pour la branche ou l'entreprise ou la durée de travail applicable dans l'établissement, rapportée à la période considérée, et, selon que cette durée est exprimée en jours ou en heures, le nombre de jours ou le nombre d'heures rémunérés afférents à cette même période. La rémunération brute prise en compte est constituée des rémunérations telle que définies à l'article L. 242-1 versées au salarié au titre de la période d'activité considérée.

Article R242-8

La durée effective de travail du salarié, prise en compte pour l'application de la présente section, ne doit pas excéder, heures complémentaires comprises, la durée fixée au troisième alinéa de l'article L. 212-4-2 du code du travail.

Article R242-9

L'abattement prévu à l'article R. 242-7 ramène l'assiette des cotisations, pour chaque salarié employé à temps partiel, à une somme égale au produit de la rémunération perçue par ce salarié par le rapport entre le plafond applicable et la rémunération que l'intéressé aurait perçue s'il avait été employé à temps complet.

Article R242-10

Le total des abattements pratiqués dans une entreprise au cours d'une année civile ne peut excéder la différence entre la masse salariale des emplois ou postes à temps partiel ayant donné lieu à abattement et la masse salariale qui résulterait de la rémunération au plafond annuel de la sécurité sociale, défini comme la

somme des plafonds mensuels pour l'année considérée, du nombre de postes ou emplois à temps complet obtenu en rapportant le nombre total des heures de travail à temps partiel effectuées au cours de l'année considérée par les salariés ouvrant droit à l'abattement, au nombre d'heures de travail correspondant à un poste à temps complet.

L'employeur doit procéder sur ces bases, à l'expiration de chaque année civile, à une régularisation du calcul des cotisations dues par lui au titre des salariés à temps partiel qu'il emploie.

La différence éventuelle entre le montant des cotisations dues et le montant de celles qui ont été payées fait l'objet d'un versement complémentaire. Ce versement doit être opéré dans le délai fixé par l'article R. 243-14.

Article R242-11

L'employeur est tenu de joindre à la déclaration nominative annuelle prévue à l'article R. 243-14 un état qui fait apparaître, pour chaque salarié à temps partiel :

1°) le nombre d'heures de travail accomplies ;

2°) la période d'emploi ;

3°) la rémunération perçue ainsi que celle qui aurait été perçue si l'intéressé avait été employé à temps complet ;

4°) le montant de l'abattement d'assiette appliqué pour l'année.

Article R242-12

L'arrêté prévu à l'article L. 242-9 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture.

Section 5 : Cotisations des travailleurs indépendants.

Article R242-13

La cotisation d'allocations familiales est fixée pour la période allant du 1er janvier au 31 décembre de chaque année.

Article R242-14

I.-Lorsque le travailleur indépendant n'a pas souscrit la déclaration de revenu d'activité mentionnée à l'article R. 131-1, les cotisations sociales provisionnelles et définitives prévues à l'article L. 131-6-2 sont calculées provisoirement sur la base la plus élevée parmi :

a) La moyenne des revenus déclarés au titre des deux années précédentes ou, en deuxième année d'activité, le revenu déclaré au titre de la première année d'activité. Lorsque l'un de ces revenus n'a pas été déclaré, il est tenu compte pour l'année considérée de la base ayant servi au calcul des cotisations de cette année, sans prise en compte pour celle-ci des éventuelles majorations appliquées sur la base des dispositions du cinquième alinéa

b) Les revenus d'activité déclarés à l'administration fiscale, lorsque l'organisme de sécurité sociale en dispose, augmentés de 30 % ;

c) 50 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle est notifiée la taxation.

L'assiette retenue est majorée de 25 % dès la première année et pour chaque année consécutive non déclarée.

Les revenus retenus pour l'application du présent article sont considérés comme des revenus nuls lorsqu'ils sont déficitaires.

II.-Pour le calcul des cotisations sociales recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, la base retenue en application du I peut être calculée sur une base supérieure à celles obtenue dans les conditions du a, b ou c dans la limite des plafonds applicables pour le calcul des cotisations dues à ces organismes.

III.-Les contributions sociales provisionnelles et définitives sont calculées sur la base retenue pour le calcul des cotisations majorée de celles-ci.

IV.-La taxation déterminée en application des dispositions ci-dessus est notifiée à l'intéressé, selon les modalités prévues au I de l'article R. 131-2 dans le délai de quatre mois suivant la date mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 131-1. Les cotisations et contributions sociales calculées sur cette base sont recouvrées dans les mêmes conditions que les cotisations et contributions définitives des années civiles considérées.

Lorsque le travailleur indépendant déclare ses revenus postérieurement à cette notification, les cotisations et les contributions sociales sont régularisées sur cette base. Dans ce cas, la pénalité prévue au dernier alinéa de l'article R. 131-1 est portée à 10 % des cotisations et contributions sociales dues. Cette pénalité peut faire l'objet d'une remise partielle dans les conditions prévues à l'article R. 243-20. Elle peut également faire l'objet de sursis à poursuites accordés par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement, sous réserve qu'ils soient assortis de garanties du débiteur.

Article R242-16

Ne sont assimilées à un début d'activité ni la modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle du travailleur indépendant, ni la reprise d'activité intervenue soit dans l'année au cours de laquelle est survenue la cessation d'activité, soit dans l'année suivante.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 3 : Recouvrement - Sûretés - Prescription - Contrôle

Section 1 : Recouvrement

Sous-section 1 : Recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations payées aux travailleurs salariés et assimilés

Article R243-1

Les déclarations prévues aux articles R. 243-14 et R. 243-17 sont adressées à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales qui procède à la vérification des indications qui y sont portées et les transmet ensuite au service régional chargé de la gestion de l'assurance vieillesse.

La caisse primaire d'assurance maladie communique à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail tous les éléments nécessaires à la tenue des comptes d'employeurs relatifs aux accidents du travail.

Les dispositions du présent article sont applicables aux unions de caisses de sécurité sociale et d'allocations familiales constituées en vue du recouvrement commun des cotisations prévues aux articles L. 241-7 à L. 241-9 et L. 242-1, au premier alinéa de l'article L. 242-3, aux articles L. 242-5, L. 242-7, L. 243-1, L. 243-2, L. 243-4, L. 243-5, R. 242-6 et R. 243-44.

Article R243-1-1

La demande relative au report du paiement des cotisations salariales et patronales, prévue à l'article L. 243-1-1, doit être effectuée par écrit avant la date d'échéance des cotisations se rapportant à la première rémunération des personnes mentionnées au premier alinéa de cet article. Les cotisations ayant fait l'objet d'un report sont exigibles à la première échéance de versement des cotisations afférentes aux rémunérations perçues à compter du treizième mois d'activité de l'entreprise.

La demande de paiement fractionné prévue au même article doit être effectuée par écrit avant la fin du douzième mois d'activité de l'entreprise. Dans l'hypothèse où le paiement des cotisations n'a pas fait l'objet d'un report, le bénéfice de ce fractionnement est limité aux cotisations à percevoir de la date de cette demande jusqu'au douzième mois d'activité. Le paiement des fractions annuelles s'effectue à la même date et dans les mêmes conditions que celui des cotisations des années suivantes.

En cas de cessation d'activité de l'entreprise, les cotisations qui ont fait l'objet d'un report ou d'un étalement et qui restent dues doivent être acquittées dans les soixante jours de cette cessation.

Article R243-2

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les conditions dans lesquelles le numéro matricule des employeurs et travailleurs indépendants est délivré et porté à la connaissance des organismes intéressés.

Article R243-3

L'organisme chargé du recouvrement porte au compte de toute entreprise ou personne assujettie à cotisations les versements effectués en application des dispositions des articles R. 243-6 et suivants.

Article R243-4

Les cotisations de sécurité sociale afférentes aux assurés qui travaillent pour le compte de plusieurs employeurs ou pour le compte d'un même employeur, une seule fois ou par intermittence, sont versées dans les conditions fixées par les dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 225-1 et les articles R. 711-2 et R. 243-1 et suivants.

Article R243-5

Lorsqu'un assuré travaille alternativement pour un même employeur dans diverses exploitations situées dans des circonscriptions d'organismes différents, les cotisations sont versées à l'organisme chargé du recouvrement dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement dont dépend principalement l'intéressé.

Article R243-6

I.-Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, des accidents du travail et des allocations familiales sont versées par les employeurs aux organismes de recouvrement dont relève chacun de leurs établissements.

Toutefois, chaque entreprise employant plus de deux mille salariés verse les cotisations afférentes à chacun de ses établissements à un seul organisme de recouvrement, faisant fonction d'interlocuteur unique, désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale après consultation de l'entreprise, dans les conditions fixées par le décret prévu par le IV de l'article L. 216-2-1.

Les organismes de recouvrement assurent pour les employeurs l'ensemble des missions mentionnées à l'article L. 213-1.

II.-Le versement prévu au I est effectué dans les conditions suivantes :

1° Les cotisations dues à raison des rémunérations payées au cours d'un trimestre civil par les employeurs occupant neuf salariés au plus sont versées dans les quinze premiers jours du trimestre civil suivant ; toutefois, les rémunérations afférentes à un mois ou à une fraction de mois peuvent être rattachées par les mêmes employeurs à cette période si elles sont payées dans les quinze premiers jours du mois civil suivant ; dans ce cas, les cotisations sont versées dans le premier mois du trimestre civil suivant ;

2° Pour les employeurs occupant plus de neuf salariés et moins de cinquante salariés, les cotisations dues à raison des rémunérations payées au cours des dix premiers jours d'un mois civil sont versées par les employeurs dans les quinze premiers jours du même mois ; les cotisations dues à raison des rémunérations payées après le dixième jour d'un mois civil sont versées par les employeurs dans les quinze premiers jours du mois civil suivant ;

3° Pour les employeurs occupant cinquante salariés et plus :

-les cotisations dues à raison des rémunérations payées entre le premier et le dixième jour d'un mois civil sont versées par les employeurs dans les quinze premiers jours du même mois civil ;

-les cotisations dues à raison des rémunérations payées entre le onzième et le vingtième jour d'un mois civil sont versées par les employeurs au plus tard le vingt-cinquième jour du même mois civil ; toutefois, les cotisations dues à raison des rémunérations afférentes exclusivement à la période d'emploi de ce même mois civil sont versées par les employeurs dans les cinq premiers jours du mois civil suivant ;

-les cotisations dues à raison des rémunérations payées entre le vingt et unième jour d'un mois civil et le dernier jour de ce même mois sont versées par les employeurs dans les cinq premiers jours du mois civil suivant.

III.-Pour déterminer la date, la périodicité et le lieu de versement des cotisations, les effectifs des salariés sont calculés au 31 décembre de chaque année, en tenant compte de tous les établissements de l'entreprise ; les éventuels changements du régime de versement des cotisations entraînés par les modifications constatées d'une année sur l'autre prennent effet, pour le calcul des cotisations assises sur les rémunérations versées, à

compter du 1er avril suivant ou, lorsque l'entreprise entre dans le champ des dispositions du deuxième alinéa du I, à compter du 1er janvier de la deuxième année suivante.

Dans ce dernier cas, le régime de versement mis en place reste en vigueur, nonobstant les fluctuations d'effectifs, jusqu'au 31 décembre de la quatrième année suivant cette date d'effet.

Pour déterminer si l'employeur est tenu au versement trimestriel ou mensuel des cotisations, chaque salarié à temps partiel au sens de l'article L. 212-4-2 du code du travail entre en compte dans l'effectif du personnel au prorata du rapport entre la durée hebdomadaire de travail mentionnée dans son contrat et la durée légale de travail ou, si elle est inférieure à la durée légale, la durée normale de travail accomplie dans l'établissement ou la partie d'établissement où il est employé.

Article R243-6-1

Par dérogation au 1° du premier alinéa de l'article R. 243-6, l'employeur occupant neuf salariés au plus peut opter pour le versement mensuel des cotisations dues dans les conditions fixées par ledit article pour les employeurs occupant plus de neuf et moins de cinquante salariés.

Il doit alors en informer par écrit l'organisme de recouvrement dont dépend son établissement avant le 31 janvier.

L'option prend effet à compter du 1er avril suivant. Elle est valable pour douze mois. A défaut de renonciation par l'employeur au plus tard le 31 janvier, elle est reconduite pour l'année suivante.

Article R243-6-2

L'employeur dont l'entreprise répond aux conditions fixées pour bénéficier de la réduction d'impôt mentionnée à l'article 220 decies du code général des impôts peut, de plein droit et en informant l'organisme de recouvrement dont il relève, limiter le paiement des cotisations patronales de sécurité sociale dues au titre de chaque échéance au montant de celles dont il était redevable l'année précédente lors de la même échéance. Le solde des cotisations patronales restant dû est acquitté lors de l'échéance correspondante de l'année suivante.

Les cotisations dont le paiement peut ainsi être partiellement différé sont celles dues au titre de la période de douze mois qui suit l'exercice au titre duquel la réduction d'impôt dont bénéficie l'entreprise a été calculée.

Sous réserve que l'employeur s'acquitte des cotisations salariales et patronales dues aux échéances prévues, le paiement régulièrement différé de ces cotisations patronales ne donne pas lieu à l'application de la majoration de retard mentionnée à l'article R. 243-18.

Article R243-6-3

La désignation de l'organisme de recouvrement pour une entreprise entrant dans le champ des dispositions du deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6 ne peut être modifiée, pendant une période de quatre ans, que sur demande de l'entreprise et après autorisation du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Dans ce cas, une nouvelle procédure de désignation est engagée.

Article R243-6-4

L'employeur qui utilise le "titre emploi-service entreprise" verse le montant des cotisations et contributions dues au titre de l'emploi du salarié auprès de l'organisme de recouvrement du régime général de sécurité sociale dont il relève, dans les douze premiers jours du mois civil suivant celui au cours duquel les sommes dues lui ont été notifiées.

Article R243-7

En cas de cession de l'entreprise ou de cessation d'activité de l'entreprise ou de l'un de ses établissements, le versement des cotisations est exigible dans un délai de trente jours. Ce délai court :

1°) lorsqu'il s'agit de la vente ou de la cession d'un fonds de commerce, du jour où la vente ou la cession a été publiée dans le Bulletin officiel des annonces civiles et commerciales ;

2°) lorsqu'il s'agit de la vente ou de la cession d'autres entreprises, du jour où l'acquéreur ou le cessionnaire a pris effectivement la direction des exploitations ;

3°) lorsqu'il s'agit de la cessation de l'activité de l'entreprise ou de la fermeture de l'établissement, du jour de cette cessation définitive ou de la fermeture de l'établissement.

Article R243-8

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe, par dérogation aux dispositions de l'article R. 243-6, les conditions dans lesquelles les employeurs autres que ceux entrant dans le champ du deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6 sont autorisés lorsque la paie du personnel est tenue en un même lieu pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements, à verser les cotisations dues à un organisme de recouvrement autre que celui ou ceux dans la circonscription desquels ces établissements se trouvent situés.

Article R243-8-1

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, peut désigner l'organisme de recouvrement du régime général auprès duquel les employeurs

sont tenus d'adresser les déclarations et verser les cotisations et contributions dues au titre de l'emploi de tout ou partie de leur personnel salarié, et en fixer les modalités pratiques :

1° Lorsque ce personnel exerce une même activité de façon habituelle et régulière pour plusieurs employeurs et dans la circonscription de plusieurs organismes et dès lors qu'un regroupement des informations est nécessaire pour la gestion des droits des salariés ou des obligations de l'employeur. Cette disposition ne s'applique pas aux professions visées à l'article R. 243-45 ;

2° Lorsque l'entreprise de l'employeur ne comporte pas d'établissement en France.

Article R243-9

Par dérogation aux dispositions des articles R. 243-6 et R. 243-6-1, les cotisations dues au titre de l'emploi des employés de maison et autres salariés au service de particuliers sont versées du quinze au dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil.

Des dérogations à ces dispositions peuvent être prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en vue d'assurer un meilleur étalement des recouvrements.

Article R243-10

Pour les cotisations calculées dans la limite d'un plafond, les employeurs doivent procéder, à l'expiration de chaque année civile, à une régularisation pour tenir compte de l'ensemble des rémunérations payées à chaque salarié ou assimilé, telles qu'elles figurent sur la déclaration prévue à l'article R. 243-14. A cette fin, il est fait masse des rémunérations qui ont été payées à chaque salarié ou assimilé entre le premier et le dernier jour de l'année considérée ou qui sont rattachées à cette période en application du 1° du premier alinéa de l'article R. 243-6. Les cotisations sont calculées sur cette masse dans la limite du plafond correspondant à la somme des plafonds périodiques applicables lors du versement des rémunérations. La différence éventuelle, entre le montant des cotisations ainsi déterminées et le montant de celles qui ont été précédemment versées au vu des bordereaux mensuels ou trimestriels de l'année considérée, fait l'objet d'un versement complémentaire.

Ce versement doit être effectué dans le délai fixé à l'article R. 243-14 pour la déclaration annuelle des salaires.

Les employeurs peuvent toutefois procéder à la régularisation progressive des cotisations d'une paie à l'autre en faisant masse, à chaque échéance de cotisations, des rémunérations payées depuis le premier jour de l'année ou à dater de l'embauche, si elle est postérieure, et en calculant les cotisations sur la partie de cette masse qui ne dépasse pas la somme des plafonds périodiques applicables lors du versement des rémunérations.

Article R243-11

La régularisation s'opère, en cas d'embauche, de licenciement ou de départ volontaire au cours de l'année, en appliquant un plafond réduit dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article R. 243-10.

Le plafond est également réduit pour tenir compte des périodes de chômage, en cas d'intempéries, dûment constatées et indemnisées dans les conditions fixées par les articles L. 731-1 et suivants du code du travail ainsi que des périodes d'absence pour congés payés, lorsque les indemnités correspondantes sont versées à l'assuré par une caisse de congés payés créée en application de l'article L. 223-16 du code du travail.

Le plafond à retenir pour l'application des dispositions des alinéas ci-dessus est, en cas de mois incomplet, calculé par l'addition d'autant de trentièmes du plafond mensuel que la période considérée comporte de jours ouvrables ou non ouvrables.

En cas de licenciement ou de départ volontaire en cours d'année, les cotisations complémentaires de régularisation éventuellement dues doivent être versées en même temps que les cotisations afférentes à la dernière paie.

Le plafond peut aussi être réduit pour tenir compte de périodes d'absence n'ayant pas donné lieu à rémunération et autres que celles qui sont prévues aux premier et deuxième alinéas du présent article. Toutefois, dans ce cas, ne sont pris en considération que les temps d'absence s'étendant sur une période comprise entre deux échéances habituelles de paie. Lorsqu'une période de travail a donné lieu à une rémunération partielle par suite de l'absence du salarié au cours d'une partie de la période, les temps d'absence compris dans cette période n'entraînent aucune réduction du plafond correspondant à la période habituelle de paie, ni du plafond annuel à prendre en considération pour la régularisation prévue à l'article R. 243-10.

Article R243-12

Les dispositions des articles R. 243-10 et R. 243-11 ne sont pas applicables aux travailleurs à domicile mentionnés au 1° de l'article L. 311-3, ni aux assurés pour lesquels les cotisations ou les salaires servant de base à celles-ci sont fixés forfaitairement par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R243-13

I. - Chaque versement de cotisations est obligatoirement accompagné d'un bordereau daté et signé par l'employeur indiquant, d'une part, le nombre de salariés de l'établissement ou de l'entreprise et, d'autre part, l'assiette et le montant des cotisations dues.

Ce bordereau doit être conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ledit arrêté peut, toutefois, prévoir la possibilité pour l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'admettre, dans des cas déterminés, des modalités différentes de présentation des renseignements à fournir par l'employeur.

L'employeur peut, dans le cadre d'une convention qu'il passe avec l'organisme de recouvrement dont il relève, choisir d'utiliser un procédé informatique, mis à disposition par cet organisme, pour transmettre à ce dernier les informations mentionnées au premier alinéa ci-dessus et, le cas échéant, donner l'ordre de prélever ses cotisations. L'objet et le contenu de la convention, qui devra notamment prévoir les modalités retenues pour garantir la sécurité et la confidentialité du système, sont définis par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

II. - Si, pour quelque motif que ce soit, les cotisations n'ont pas été versées, l'employeur est néanmoins tenu d'adresser à l'organisme de recouvrement compétent, au plus tard à la date limite d'exigibilité des cotisations, les informations mentionnées au premier alinéa du I ci-dessus en utilisant le bordereau ou le procédé informatique selon le mode de transmission choisi. Si, aucune rémunération n'ayant été versée, l'employeur n'est redevable d'aucune cotisation, il doit néanmoins, lorsqu'il n'a pas sollicité la radiation de son compte, informer l'organisme de recouvrement de cette situation, soit par envoi du bordereau avec la mention "néant", soit, le cas échéant, en utilisant le procédé informatique.

Article R243-14

Tout employeur de personnel salarié ou assimilé, à l'exception des particuliers employant des salariés à leur service, est tenu d'adresser, au plus tard le 31 janvier de chaque année,

à l'organisme ou aux organismes chargés du recouvrement des cotisations dont relèvent leurs établissements, une déclaration faisant ressortir, pour chacun des salariés ou assimilés occupé dans l'entreprise ou l'établissement, le montant total des rémunérations payées au cours de l'année précédente en indiquant, le cas échéant, le plafond annuel ou le plafond réduit appliqué à chacun des salariés.

Les modèles de déclarations sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

En cas de cession de l'entreprise ou de cessation d'activité de l'entreprise ou de l'un de ses établissements, la déclaration nominative prévue ci-dessus doit être adressée à l'organisme de recouvrement compétent accompagnée du versement régularisateur, dans le délai de soixante jours à compter du premier jour du délai fixé par l'article R. 243-7.

Article R243-16

Le défaut de production, dans les délais prescrits, des documents prévus aux articles R. 243-13 et R. 243-14 entraîne une pénalité de 7, 5 euros par salarié ou assimilé figurant sur le dernier bordereau ou la dernière déclaration remise par l'employeur ; lorsque l'employeur n'a jamais produit de bordereau ou de déclaration ou lorsque le dernier bordereau produit comporte la mention " néant ", la pénalité de 7, 5 euros est encourue pour chaque salarié ou assimilé dont le contrôle a révélé l'emploi dans l'entreprise. Le total des pénalités ne peut excéder 750 euros par bordereau ou déclaration. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

Une pénalité de 7,5 euros est aussi encourue pour chaque inexactitude quant au montant des rémunérations déclarées ou chaque omission de salarié constatée sur le bordereau ou la déclaration produite par l'employeur. Le total des pénalités ne peut excéder 750 euros par bordereau ou déclaration.

Article R243-17

Tout particulier employant des salariés à son service est tenu de produire, à l'appui du versement des cotisations dont il est redevable, une déclaration nominative faisant apparaître la durée de l'activité exercée par chaque assuré au cours du trimestre civil antérieur, ainsi que le montant des cotisations forfaitaires correspondantes ou, lorsqu'il ne s'agit pas de cotisations forfaitaires, l'assiette et le montant des cotisations.

Le déclarant peut, dans le cadre d'une convention qu'il passe avec l'organisme de recouvrement dont il relève, choisir d'utiliser un procédé informatique, mis à sa disposition par cet organisme, pour transmettre à ce dernier les informations mentionnées au premier alinéa ci-dessus et, le cas échéant, donner l'ordre de prélèvement de ses cotisations. Dans ce cas, les dispositions du troisième alinéa du I de l'article R. 243-13 sont applicables à cette convention.

Quel que soit le mode de transmission choisi, la déclaration mentionnée au premier alinéa, qui se substitue à la déclaration prévue à l'article R. 243-14, doit être produite même si, pour quelque motif que ce soit, les cotisations n'ont pas été versées.

Le défaut de production de cette déclaration est passible de la pénalité prévue à l'article R. 243-16 ; toutefois, la pénalité est décomptée par trimestre ou fraction de trimestre de retard.

Article R243-18

Il est appliqué une majoration de retard de 5 % du montant des cotisations et contributions qui n'ont pas été versées aux dates limites d'exigibilité fixées aux articles R. 243-6, R. 243-6-1, R. 243-7 et R. 243-9 à R. 243-11.

A cette majoration s'ajoute une majoration complémentaire de 0,4 % du montant des cotisations et contributions dues, par mois ou fraction de mois écoulé, à compter de la date d'exigibilité des cotisations et contributions.

Dans le cadre des contrôles mentionnés aux articles R. 133-8, R. 243-59 et R. 243-59-3, la majoration complémentaire n'est décomptée qu'à partir du 1er février de l'année qui suit celle au titre de laquelle les régularisations sont effectuées.

Article R243-18-1

La majoration prévue à l'article L. 243-7-6 est appliquée si les observations effectuées à l'occasion d'un précédent contrôle ont été notifiées moins de cinq ans avant la date de notification des nouvelles observations constatant le manquement aux mêmes obligations.

Cette majoration est appliquée à la part du montant du redressement résultant du manquement réitéré aux obligations en cause.

Article R243-19

Les majorations et pénalités prévues aux articles L. 243-7-2, L. 243-7-6, L. 243-7-7, L. 243-14, R. 243-16 et R. 243-18 sont liquidées par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement. Elles doivent être versées dans le mois de leur notification par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3 et sont recouvrées comme en matière de cotisations.

Article R243-19-1

Les majorations et pénalités prévues aux articles L. 243-14, R. 243-16 et R. 243-18 font l'objet d'une remise automatique par le directeur de l'organisme de recouvrement lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° Aucune infraction n'a été constatée au cours des vingt-quatre mois précédents ;

2° Leur montant est inférieur au plafond de la sécurité sociale applicable aux rémunérations ou gains versés par mois, fixé pour l'année civile en cours ;

3° Dans le mois suivant la date d'exigibilité des cotisations, le cotisant a réglé les cotisations dues et a fourni les documents mentionnés aux articles R. 243-13 et R. 243-14.

Toutefois, la remise automatique ne s'applique pas lorsque les majorations et pénalités portent sur les cotisations et contributions mises en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 ou consécutivement à la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 243-7-5.

Article R243-20

I.-Les employeurs peuvent formuler une demande gracieuse en réduction des majorations et pénalités prévues aux articles L. 243-14, R. 243-16 et au premier alinéa de l'article R. 243-18. Cette requête n'est recevable qu'après règlement de la totalité des cotisations ayant donné lieu à application des majorations.

La majoration de 0,4 % mentionnée à l'article R. 243-18 peut faire l'objet de remise lorsque les cotisations ont été acquittées dans le délai de trente jours qui suit la date limite d'exigibilité ou dans les cas exceptionnels ou de force majeure.

Le directeur de l'organisme de recouvrement est compétent pour statuer sur les demandes portant sur des montants inférieurs à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. A partir de ce seuil, il est statué sur proposition du directeur par la commission de recours amiable.

Les décisions tant du directeur que de la commission de recours amiable sont motivées.

II.-Par dérogation aux dispositions du I, il ne peut pas être accordé de remise des majorations et des pénalités :

1° Au titre du montant des cotisations et contributions afférentes aux rémunérations, versées ou dues à des salariés, réintégré dans l'assiette des cotisations à la suite des contrôles mentionnés aux articles R. 243-59 et R. 243-59-3, lorsque l'absence de bonne foi de l'employeur a été constatée dans les conditions prévues à l'article R. 243-59 ;

2° Au titre du montant des cotisations et contributions afférentes aux rémunérations réintégré à la suite du constat de l'infraction de travail dissimulé définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail ;

3° Si l'employeur n'a pas dûment prouvé sa bonne foi.

Article R243-20-1

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 243-20, l'employeur dont l'entreprise fait l'objet d'un examen par la commission départementale des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale dans le cadre d'une reprise ou d'une restructuration financière peut bénéficier de la remise intégrale ou partielle des majorations et pénalités restant dues, dans les conditions suivantes :

1° La demande de remise est recevable même si les cotisations patronales n'ont pas été intégralement réglées. La décision du directeur de l'organisme de recouvrement ou de la commission de recours amiable accordant une remise peut être prise avant le paiement desdites cotisations ; toutefois, cette remise ne sera acquise qu'après leur paiement ;

2° Le paiement des cotisations s'effectue dans les conditions fixées par le plan d'apurement adopté par la commission départementale des chefs des services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale pour l'examen de la situation des débiteurs retardataires ou, le cas échéant, par anticipation sur l'exécution de ce plan.

Lorsque le plan d'apurement n'est pas respecté, les majorations et pénalités sont calculées selon les modalités prévues aux articles L. 243-14, R. 243-16, R. 243-18 et R. 243-20.

Article R243-20-2

En cas de saisine de la commission départementale des chefs de services financiers et des représentants des organismes de sécurité sociale pour l'examen des demandes de remises de dettes prévues aux articles L. 611-7, L. 626-6 et L. 631-19 du code de commerce, le directeur de l'organisme de recouvrement habilité à siéger est compétent pour statuer sur la demande pour l'ensemble des cotisations et contributions relevant de la compétence de la commission, selon des modalités fixées par décret. Toutefois dans le cas où les créances concernent plusieurs organismes chargés du recouvrement, la décision de ce directeur est, en tant qu'elle concerne les créances d'organismes ne siégeant pas dans la commission, prise sur avis conforme des directeurs des organismes concernés.

Article R243-20-3

Les cessions de rang, de privilège ou d'hypothèque ou l'abandon de ces sûretés prévus aux articles L. 611-7, L. 626-6 et L. 631-19-I, du code de commerce peuvent sans extinction préalable de la créance, être accordés par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement pris après consultation de la commission des chefs des services financiers prévue par le décret n° 78-486 du 31 mars 1978. Les frais afférents à ces opérations sont à la charge du débiteur.

Article R243-20-4

Pour l'application de l'article 15 de la loi n° 89-1010 du 31 décembre 1989 relative à la prévention et au règlement des difficultés liées au surendettement des particuliers et des familles, la commission de recours amiable ou le directeur de l'organisme chargé du recouvrement, dans la limite de leur compétence respective, peuvent accorder une remise partielle ou totale des majorations de retard afférentes aux cotisations échues non réglées dues par les employeurs d'employés de maison et d'assistantes maternelles. Cette remise n'est pas subordonnée au versement préalable desdites cotisations.

Lorsque la commission d'examen des situations de surendettement des particuliers est saisie d'une demande de règlement amiable, le débiteur formule la demande de remise des majorations de retard auprès de l'organisme chargé du recouvrement dans un délai de quinze jours à compter de la date de saisine de la commission.

Les décisions afférentes à la remise des majorations de retard sont communiquées à la commission et au débiteur dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande de remise. Le défaut de réponse de l'organisme chargé du recouvrement dans ce délai vaut rejet de la demande.

La remise des majorations de retard est acquise lorsque le plan conventionnel de règlement a reçu l'accord des parties ou lorsque le juge a arrêté les mesures visant à assurer le redressement.

Article R243-20-5

En cas de défaillance d'une entreprise de travail temporaire et d'insuffisance de la garantie financière exigée, les cotisations réclamées à l'utilisateur en application du second alinéa de l'article R. 124-22 du code du travail font l'objet de majorations de retard calculées dans les conditions fixées aux articles R. 243-18 et R. 243-20, dès lors qu'elles sont acquittées avec un retard d'un mois ou plus à compter de la notification de la mise en demeure à l'utilisateur.

Article R243-21

Le directeur de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations a la possibilité, après règlement intégral des cotisations ouvrières, d'accorder des sursis à poursuites pour le règlement des cotisations patronales, des pénalités et des majorations de retard.

Le sursis prévu à l'alinéa précédent doit être assorti de garanties du débiteur qui sont appréciées par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations.

Sous-section 2 : Recouvrement des cotisations dues à titre personnel par les personnes exerçant les professions libérales.

Article R243-22

Les cotisations dues, à titre personnel, par les travailleurs indépendants mentionnés au c du 1° de l'article L. 613-1, en application de la législation concernant les allocations familiales, sont versées conformément aux dispositions des articles R. 133-26 à R. 133-29-3.

Toutefois, par dérogation au deuxième alinéa du I de l'article R. 133-26, ces personnes communiquent leur choix de la date de prélèvement ainsi qu'une autorisation de prélèvement à l'organisme de recouvrement dont ils relèvent.

Sous-section 3 : Recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les avantages de retraite

Paragraphe 1 : Cotisations sur les avantages de retraite servis par les organismes du régime général.

Article R243-27

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés communique à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, avant le 31 janvier de chaque année, l'assiette et le montant des cotisations précomptées sur les avantages de retraite versés par les organismes du régime général au cours de l'année civile précédente.

Ce montant est viré par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale du compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse à celui de la caisse nationale de l'assurance maladie.

Paragraphe 2 : Cotisations sur les avantages de retraite servis par les employeurs.

Article R243-28

Les cotisations assises sur les avantages de retraite servis par l'employeur sont versées à l'organisme de recouvrement dont relève ce dernier, conformément aux dispositions des articles R. 242-5, R. 243-6 à R.

243-8, R. 243-13, R. 243-15, R. 243-16, R. 243-18, R. 243-19 et R. 243-20. Pour l'application de ces articles, les avantages de retraite sont assimilés à des rémunérations.

Paragraphe 3 : Cotisations sur les avantages de retraite servis par d'autres organismes au titre d'une activité professionnelle relevant du régime général

Article R243-29

Les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à raison des avantages de retraite payés pendant un mois civil, sont versées dans les quinze premiers jours du mois suivant à l'organisme chargé du recouvrement dont relève le débiteur de l'avantage de retraite.

Article R243-30

Chaque versement de cotisations est obligatoirement accompagné d'un bordereau daté et signé par le débiteur de l'avantage de retraite, indiquant le montant total des cotisations versées, celui des avantages de retraite sur lesquels elles sont assises et celui des avantages de retraite exonérés par application du décret prévu à l'article L. 242-12.

Les sommes à déclarer par le débiteur de l'avantage de retraite sont arrondies à l'euro le plus voisin, tant en ce qui concerne la totalisation de l'assiette que les cotisations qui en résultent.

Ce bordereau est conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Si, pour quelque motif que ce soit, les cotisations n'ont pas été versées, le débiteur de l'avantage de retraite reste tenu d'adresser à l'organisme de recouvrement dont il relève, au plus tard à la date limite d'exigibilité des cotisations, le bordereau prévu au premier alinéa. Si, aucun avantage de retraite n'ayant été versé, le débiteur de l'avantage n'est redevable d'aucune cotisation, il doit néanmoins adresser le bordereau avec la mention "néant" lorsqu'il n'a pas sollicité la radiation de son compte.

Article R243-31

Le défaut de production, dans les délais prescrits du document prévu à l'article R. 243-30 ci-dessus entraîne une pénalité de 750 euros par bordereau. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

Une pénalité de 750 euros par bordereau est aussi encourue en cas d'inexactitude de l'assiette déclarée.

Article R243-32

Il est appliqué une majoration de retard de 5 % du montant des cotisations qui n'ont pas été versées à la date limite d'exigibilité fixée à l'article R. 243-29.

A cette majoration s'ajoute une majoration complémentaire de 0,4 % du montant des cotisations dues, par mois ou fraction de mois écoulé, à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

Article R243-33

Les pénalités prévues à l'article R. 243-31 et les majorations de retard prévues à l'article R. 243-32 sont liquidées par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations. Elles doivent être versées dans le mois de leur notification par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3 et sont recouvrées comme en matière de cotisations. Ces pénalités et majorations de retard peuvent faire l'objet d'une remise dans les conditions fixées à l'article R. 243-20.

Article R243-34

Lorsque la comptabilité du débiteur de l'avantage de retraite ne permet pas d'établir le montant des avantages de retraite servant de base au calcul des cotisations dues, le montant des cotisations est fixé forfaitairement par l'organisme chargé du recouvrement.

En cas de carence de l'organisme créancier, le forfait est établi par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Lorsque le débiteur de l'avantage de retraite n'a pas produit dans le délai prescrit, la déclaration prévue à l'article R. 243-30, l'organisme de recouvrement peut fixer, à titre provisionnel, le montant des cotisations en fonction des versements effectués au titre des mois antérieurs. Cette évaluation est adressée au débiteur par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3.

Paragraphe 4 : Dispositions diverses.

Article R243-35

Le débiteur d'un avantage de retraite est tenu de faire parvenir au pensionné, au moins une fois par an, un bulletin de pension mentionnant notamment, pour la période considérée, les montants respectifs de la pension brute, de l'assiette du précompte, de la cotisation précomptée et de la pension nette.

A compter d'une date fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le bulletin de pension est établi lors de chaque modification du montant de la pension nette.

Sous-section 4 : Recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les revenus de remplacement.

Article R243-36

Les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès précomptées sur les indemnités, allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2, servis par une personne autre que l'employeur à des assurés relevant du régime général de sécurité sociale, sont calculées sur les sommes allouées pendant un mois civil. Elles sont versées par le débiteur des avantages précités, dans les quinze premiers jours du mois suivant, à l'organisme chargé du recouvrement dont il relève.

Article R243-37

Chaque versement de cotisations est obligatoirement accompagné d'un bordereau daté et signé par le débiteur des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 indiquant le montant total des cotisations versées, celui des avantages sur lesquels elles sont assises et celui des avantages exonérés par application des décrets prévus à l'article L. 242-12.

Les sommes à déclarer par le débiteur des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 sont arrondies au franc le plus voisin tant en ce qui concerne la totalisation de l'assiette que les cotisations qui en résultent.

Le bordereau prévu au premier alinéa ci-dessus est conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Si, pour quelque motif que ce soit, les cotisations n'ont pas été versées, le débiteur des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 est tenu d'adresser à l'organisme de recouvrement mentionné audit article, au plus tard à la date limite d'exigibilité des cotisations, le bordereau prévu au premier alinéa. Si, aucun avantage n'ayant été versé, aucune cotisation n'est due, le bordereau est adressé avec la mention "néant", à moins que la radiation du compte ait été demandée.

Article R243-38

Les dispositions des articles R. 243-16 et R. 243-18 sont applicables aux organismes redevables des cotisations prévues à l'article R. 243-36.

Article R243-39

Les pénalités et les majorations de retard appliquées en vertu des dispositions de l'article R. 243-38 sont liquidées par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations. Elles doivent être versées dans le mois suivant leur notification par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3. Ces pénalités et majorations de retard peuvent faire l'objet d'une remise dans les conditions fixées à l'article R. 243-20.

Article R243-40

Lorsque la comptabilité du débiteur des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 ne permet pas d'établir le montant desdits avantages servant de base au calcul des cotisations dues, le montant des cotisations est fixé forfaitairement par l'organisme chargé du recouvrement.

En cas de carence de l'organisme créancier, le forfait est établi par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Lorsque le débiteur des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 n'a pas produit dans le délai prescrit la déclaration prévue à l'article R. 243-37, l'organisme de recouvrement peut fixer, à titre provisionnel, le montant des cotisations en fonction des versements effectués au titre des mois antérieurs. Cette évaluation est adressée au débiteur par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3.

Article R243-41

Le débiteur d'un des avantages mentionnés à l'article R. 243-36 est tenu de faire parvenir à son bénéficiaire un bulletin indiquant notamment, pour la période considérée, les montants brut et net de l'avantage en cause ainsi que le montant de la cotisation précomptée.

Article R243-42

Le versement des cotisations assises sur les indemnités de garanties allouées aux dockers en application du titre II du livre V du code des ports maritimes est effectué sur la base des états nominatifs établis par la Caisse nationale de garantie des ouvriers dockers qui mentionnent pour chaque docker concerné le montant des sommes dues à ce titre.

Ces sommes sont, pour le compte de la Caisse nationale de garantie des ouvriers dockers, versées par l'intermédiaire des caisses de congés payés des ports.

Article R243-43

Les cotisations assises sur les indemnités, allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 131-2 servis par l'employeur sont versées par celui-ci à l'organisme de recouvrement dont il relève, dans les conditions prévues aux articles R. 242-5, R. 243-6 à R. 243-8, R. 243-13, R. 243-15, R. 243-16, R. 243-18, R. 243-19 et R. 243-20. Pour l'application de ces dispositions, les avantages précités sont assimilés à des rémunérations. L'employeur indique dans la déclaration annuelle des données sociales le montant global de ces avantages versés dans l'année et soumis à cotisation.

Sous-section 5 : Dispositions communes - Garanties des droits des cotisants.

Article R243-43-1

I. - L'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cas prévu à l'article L. 243-6-1, est sollicitée par le cotisant, par une demande écrite et motivée, à laquelle sont joints tous documents relatifs aux interprétations contradictoires auxquelles il est confronté.

La demande d'intervention a pour effet d'interrompre les délais de recours prévus à l'article R. 142-1. Ces délais courent à nouveau à compter de la date de réception par le cotisant de la décision prise par l'organisme de recouvrement à la suite de la prise de position de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ne peut être saisie dès lors que le cotisant a formé, devant la commission de recours amiable prévue à l'article R. 142-1, une réclamation portant sur ces interprétations.

La présentation par le cotisant, devant la commission de recours amiable, d'une réclamation portant sur ces interprétations, avant la communication qui lui est faite de la position adoptée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, rend caduque sa demande d'intervention.

La demande d'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale n'a pour effet ni de suspendre, ni d'interrompre les délais de prescription.

II. - La demande d'intervention est réputée complète si, dans le délai de trente jours à compter de sa réception, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale n'a pas fait connaître au cotisant, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces ou informations manquantes.

La demande d'intervention complète fait l'objet par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale d'un accusé de réception.

Cet accusé indique au cotisant :

1° La date avant laquelle la position adoptée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale doit lui être notifiée ;

2° Les dispositions prévues aux deuxième, quatrième et cinquième alinéas du I du présent article.

III. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dispose d'un délai de quarante jours, courant à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour communiquer aux organismes de recouvrement en cause et au cotisant sa position.

Dans un délai de trente jours, chacun des organismes de recouvrement notifie sa décision au cotisant et en adresse une copie à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Lorsque l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale entend se substituer à l'organisme de recouvrement, elle notifie sa décision au cotisant et à l'organisme dans un délai de trente jours à compter de la réception de la décision prise par ce dernier. Les délais de recours prévus à l'article R. 142-1 courent contre cette décision à compter de sa notification au cotisant.

Article R243-43-2

I.-La demande du cotisant ou du futur cotisant mentionnée à l'article L. 243-6-3 est adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'organisme de recouvrement auprès duquel le cotisant est tenu de souscrire ses déclarations ou est tenu de s'affilier. Elle peut également être remise en main propre contre décharge.

La demande doit comporter :

1° Le nom et l'adresse du demandeur en sa qualité d'employeur ;

2° Son numéro d'immatriculation lorsqu'il est déjà affilié au régime général de sécurité sociale ;

3° Les indications relatives à la législation au regard de laquelle il demande que sa situation soit appréciée ;

4° Une présentation précise et complète de sa situation de fait de nature à permettre à l'organisme de recouvrement d'apprécier si les conditions requises par la législation sont satisfaites.

Le cotisant ne peut adresser sa demande à l'organisme de recouvrement dès lors que lui a été notifié l'avis prévu par le premier alinéa de l'article R. 243-59.

II.-La demande est réputée complète si, dans le délai de trente jours à compter de sa réception, l'organisme de recouvrement n'a pas fait connaître au cotisant la liste des pièces ou des informations manquantes.

L'organisme de recouvrement dispose d'un délai de trois mois, courant à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour notifier au cotisant sa réponse. Celle-ci est motivée et signée par son directeur ou son délégué.

III.-Lorsqu'un organisme de recouvrement entend modifier pour l'avenir une décision explicite prise à la suite d'une demande présentée sur le fondement des dispositions de l'article L. 243-6-3, sa nouvelle décision, notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, est motivée et précise au cotisant :

1° Les voies et délais de recours contre cette nouvelle décision ;

2° La faculté de saisir à fin d'intervention, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les trente jours suivant la notification de la décision ;

3° Les dispositions prévues par le VI du présent article.

IV.-La demande d'intervention adressée par le cotisant à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est réputée complète si, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, l'Agence n'a pas fait connaître au cotisant, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces ou informations manquantes.

La demande d'intervention complète fait l'objet par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale d'un accusé de réception. Cet accusé mentionne les délais fixés par les troisième et cinquième alinéas du VI du présent article.

V.-Les délais de recours prévus à l'article R. 142-1 sont interrompus si l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est saisie par une demande complète dans le délai fixé au 2° du IV du présent article.

La demande d'intervention présentée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale n'a pour effet ni d'interrompre ni de suspendre les délais de prescription.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dispose d'un délai de quarante jours, courant à compter de la date à laquelle la demande complète a été reçue, pour communiquer à l'organisme de recouvrement sa position quant à l'interprétation à retenir et la transmettre pour information au cotisant.

Si avant cette transmission, le cotisant présente une réclamation, devant la commission de recours amiable, contre la nouvelle décision prise par l'organisme de recouvrement, sa demande d'intervention de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale devient caduque.

L'organisme de recouvrement notifie au cotisant la position prise par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans le délai d'un mois à compter de sa réception.

Sous-section 6 : Dispositions communes - Vérification des déclarations.

Article R243-43-3

Pour l'exercice des missions définies à l'article L. 213-1, les organismes de recouvrement procèdent à la vérification de l'exactitude et de la conformité à la législation en vigueur des déclarations qui leur sont transmises par les travailleurs indépendants et les employeurs, personnes privées ou publiques. A cette fin, ils peuvent rapprocher les informations portées sur ces déclarations avec celles mentionnées sur les documents qui leur ont déjà été transmis par le cotisant ainsi qu'avec les informations que d'autres institutions peuvent légalement leur communiquer.

Les organismes de recouvrement peuvent demander par écrit au cotisant de leur communiquer tout document ou information complémentaire nécessaire pour procéder aux vérifications mentionnées à l'alinéa précédent.

Les résultats des vérifications effectuées au premier alinéa du présent article ne préjugent pas des constatations pouvant être opérées par les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 243-7.

Article R243-43-4

Lorsqu'à l'issue des vérifications mentionnées à l'article R. 243-43-3, l'organisme de recouvrement envisage un redressement, il adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception un courrier au cotisant lui indiquant :

1° Les déclarations et les documents examinés ;

2° Les périodes auxquelles se rapportent ces déclarations et documents ;

3° Le motif, le mode de calcul et le montant du redressement envisagé ;

4° La faculté dont il dispose de se faire assister d'un conseil de son choix pour répondre aux observations faites, sa réponse devant être notifiée à l'organisme de recouvrement dans un délai de trente jours ;

5° Le droit pour l'organisme d'engager la mise en recouvrement en l'absence de réponse de sa part à l'issue de ce même délai.

Lorsque le cotisant a fait part de ses observations dans le délai prévu au 4°, l'organisme de recouvrement lui confirme par courrier s'il maintient ou non sa décision d'engager la mise en recouvrement pour tout ou partie des sommes en cause.

L'organisme de recouvrement engage, dans les conditions définies à l'article R. 244-1, la mise en recouvrement des cotisations, des majorations et des pénalités de retard faisant l'objet du redressement :

- soit à l'issue du délai fixé au 4° en l'absence de réponse du cotisant parvenue dans ce délai à l'organisme ;

- soit après l'envoi par l'organisme de recouvrement du courrier par lequel il a été répondu aux observations du cotisant.

Lorsqu'à l'issue des vérifications mentionnées à l'article R. 243-43-3, l'organisme de recouvrement constate que les sommes qui lui ont été versées excèdent les sommes dont l'employeur ou le travailleur indépendant était redevable, il en informe l'intéressé en précisant les modalités d'imputation ou de remboursement.

Sous-section 7 : Dispositions communes - Dispositions diverses.

Article R243-44

Les dispositions des articles R. 133-1, R. 133-2, R. 133-3, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-7 s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 243-2.

Article R243-44-1

Les cotisations et contributions dues par l'Etat au régime général de sécurité sociale pour les détenus effectuant un travail pénal sont versées aux échéances prévues par l'article R. 243-6 aux organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale désignés par une décision du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Ces versements sont soumis aux dispositions des articles R. 243-13, R. 243-16, R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1, R. 243-20 et R. 243-21.

Article R243-45

En ce qui concerne les voyageurs et représentants de commerce travaillant pour deux ou plusieurs employeurs, les cotisations de sécurité sociale sont versées par l'intermédiaire d'une caisse nationale de compensation, à gestion paritaire, régie par la loi du 1er juillet 1901 sur les associations et agréée à cet effet par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur le vu de ses statuts et de son règlement intérieur.

Ladite caisse de compensation, agissant comme mandataire des employeurs, fixe les modalités de la répartition des charges entre les employeurs et éventuellement les acomptes provisionnels à verser par ces derniers. La caisse de compensation effectue le versement des cotisations légales aux organismes de sécurité sociale compétents.

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale peuvent autoriser dans les mêmes conditions la création de caisses de compensation concernant d'autres catégories d'assurés travaillant régulièrement et habituellement pour deux ou plusieurs employeurs.

Sous-section 8 : Transaction

Article R243-45-1

I.-La transaction conclue entre un employeur et le directeur d'un organisme de recouvrement en application de l'article 2044 du code civil et de l'article L. 243-6-5 du présent code termine une contestation née, à la condition que les créances concernées aient fait l'objet d'une contestation dans les délais de recours fixés par les dispositions du présent code et n'aient pas fait l'objet d'une décision de justice définitive, ou prévient une contestation à naître. Elle comporte des concessions réciproques de la part de chaque partie.

La demande formulée par l'employeur en application des dispositions du 3° du II de l'article L. 243-6-5 porte sur les montants redressés en application des dispositions de l'article R. 242-5 ainsi que sur les montants des redressements calculés en application de méthodes d'évaluation par extrapolation autres que celles mentionnées à l'article R. 243-59-2. Elle porte sur des sommes non prescrites.

Le montant de la transaction s'apprécie comme la différence entre le montant initialement notifié par l'organisme de recouvrement et le montant figurant dans la proposition de transaction.

II.-L'employeur ou, pour le compte de celui-ci, un expert-comptable mandaté ou un avocat, peut demander au directeur de l'organisme de recouvrement mentionné aux articles L. 213-1 et L. 752-4 auprès duquel il est tenu de souscrire ses déclarations la conclusion d'une transaction dans les conditions mentionnées à l'article L. 243-6-5.

La demande n'est recevable que si l'employeur est à jour de ses obligations déclaratives et de paiement à l'égard de l'organisme de recouvrement dont il dépend, à l'exception de l'objet de la demande. La condition est réputée remplie dès lors que le cotisant a souscrit et respecte, à la date de la demande, un plan d'apurement.

La demande n'est recevable qu'après réception de la mise en demeure prévue à l'article L. 244-2.

La demande est écrite et adressée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Elle est motivée et comporte :

- 1° Le nom et l'adresse du demandeur en sa qualité d'employeur ;
- 2° Son numéro d'inscription lorsqu'il est déjà inscrit au régime général de sécurité sociale ;
- 3° Tous documents et supports d'information utile à l'identification des montants qui font l'objet de la demande ;
- 4° Les références de la mise en demeure couvrant les sommes faisant l'objet de la demande.

III.-Le délai imparti à l'employeur pour saisir la commission de recours amiable mentionnée à l'article R. 142-1 est interrompu dès réception de la demande de transaction par le directeur de l'organisme de recouvrement et jusqu'à la notification, le cas échéant, de la décision du directeur de l'organisme de ne pas transiger.

La demande de transaction interrompt également les délais applicables au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale faisant suite à une mise en demeure dans les mêmes conditions.

Lorsque la demande est complète, le directeur dispose d'un délai de trente jours à compter de sa réception pour notifier sa réponse par tout moyen lui conférant date certaine. Lorsque la demande est incomplète, le directeur adresse une demande de pièces complémentaires au demandeur. Dans ce cas, le délai de trente jours ne court qu'à compter de la réception par le directeur des documents manquants. En l'absence de réception des éléments manquants dans un délai de vingt jours suivant la demande de complément, la demande de transaction est réputée caduque.

Une réponse apportée à la demande de transaction, laissée à la libre appréciation du directeur, est notifiée au demandeur par tout moyen lui conférant date certaine. Une réponse négative n'a pas à être motivée. Lorsque la réponse du directeur n'a pas été portée à la connaissance du demandeur dans un délai de trente jours, cette réponse est réputée négative.

Une réponse positive du directeur n'emporte pas droit à la transaction. Les parties peuvent à tout moment abandonner la procédure. Elles doivent alors en informer l'autre partie par tout moyen conférant date certaine à cette information. L'abandon de la transaction en cours n'a pas à être motivé.

Le directeur et le demandeur conviennent d'une proposition de protocole transactionnel, conforme à un modèle approuvé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

IV.-La proposition de protocole transactionnel est soumise pour approbation par le directeur de l'organisme de recouvrement à l'autorité mentionnée à l'article R. 155-1. Le directeur lui fournit tous documents et supports d'information utiles à l'exercice de sa mission.

L'autorité mentionnée à l'article R. 155-1 dispose d'un délai de trente jours, prorogeable une fois, à compter de la réception de la proposition pour approuver la transaction. Dans le cas de la prorogation du délai, l'autorité en informe le directeur de l'organisme de recouvrement. L'autorité peut demander des informations

complémentaires au directeur de l'organisme de recouvrement. Le délai de trente jours est alors interrompu jusqu'à réception des informations demandées par l'autorité. Le directeur de l'organisme de recouvrement informe le demandeur de toute prorogation ou interruption du délai.

Le contrôle de l'autorité porte sur la conformité de la proposition de protocole transactionnel aux dispositions de l'article L. 243-6-5 et sur la réciprocité des concessions faites par les parties.

L'autorité mentionnée à l'article R. 155-1 notifie sa décision au directeur. Le silence de l'autorité à l'issue du délai mentionné au deuxième alinéa du présent IV vaut approbation de la proposition de transaction.

Le refus d'approbation de la proposition prive d'effet la transaction.

V.-Les dispositions prévues aux articles 641 et 642 du code de procédure civile s'appliquent aux délais mentionnés au III et au IV. Pour les délais mentionnés au IV, les dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article R. 151-1 s'appliquent également.

VI.-Le manquement par l'employeur à l'accomplissement des obligations prévues dans la transaction entraîne la caducité de celle-ci.

A défaut de conclusion d'une transaction ou lorsque la transaction est devenue caduque, la procédure de recouvrement des sommes notifiées dans la mise en demeure est alors engagée ou poursuivie selon les règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale.

VII.-La transaction signée n'emporte pas d'effet sur l'interprétation en droit concernant les motifs mentionnés dans la lettre d'observations.

VIII.-Le directeur de l'organisme de recouvrement présente chaque année au conseil d'administration de cet organisme et à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale un rapport annuel des transactions conclues l'année précédente. Ce rapport comprend le nombre de demandes de transactions formulées et de transactions conclues, leur objet, le cas échéant les montants transigés ainsi que la période concernée.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale adresse à l'autorité mentionnée à l'article R. 155-1, avant le 1er octobre, un rapport d'analyse des propositions de transactions de l'année précédente qui comporte notamment le nombre de demandes de transactions formulées et de transactions conclues, leur objet, le cas échéant les montants transigés ainsi que la période concernée.

Section 2 : Sûretés.

Article R243-46

L'inscription prévue à l'article L. 243-5 est effectuée au greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance qui en tient lieu, dans le ressort duquel est situé le siège social pour les sociétés ou l'établissement principal pour les autres entreprises assujetties à l'inscription au registre du commerce.

Pour les entreprises dont le siège social ou le principal établissement n'est pas situé sur le territoire métropolitain, l'inscription est effectuée au greffe du tribunal de commerce de Paris, en ce qui concerne les créances nées du fonctionnement de ces entreprises sur ce territoire.

Article R243-47

Pour inscrire son privilège, l'organisme chargé du recouvrement des cotisations remet ou adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au greffier un bordereau en double exemplaire portant les indications suivantes :

1°) désignation et adresse de l'organisme créancier ;

2°) les nom, prénoms, raison sociale ou dénomination commerciale, profession, adresse du débiteur, ainsi que, le cas échéant, l'adresse du siège social ou de l'établissement principal ;

3°) le numéro d'inscription au registre du commerce et le numéro matricule d'employeur ou de travailleur indépendant du débiteur ;

4°) le montant des sommes dues et la date de leur échéance.

Article R243-48

En même temps qu'il requiert l'inscription de son privilège, l'organisme créancier en avise le débiteur par lettre recommandée.

Article R243-49

Un des exemplaires du bordereau mentionné à l'article R. 243-47 est rendu ou renvoyé à l'organisme créancier après avoir été revêtu, dès la réception par le greffier, de la mention d'inscription qui comprendra la date de celle-ci et le numéro sous lequel elle a été effectuée.

L'autre exemplaire portant les mêmes mentions est conservé au greffe. Les bordereaux sont enliassés et reliés aux frais des greffiers.

Article R243-50

L'organisme créancier ne peut requérir l'inscription des créances privilégiées qui ne font pas l'objet de l'obligation prévue au premier alinéa de l'article L. 243-5 après l'expiration du délai prévu au même alinéa du même article.

Article R243-51

L'organisme créancier peut requérir l'inscription même si les sommes dues font l'objet d'une contestation de la part du débiteur. Mention de l'existence de la contestation est portée sur le bordereau mentionné à l'article R. 243-47 à la diligence soit de l'organisme créancier, soit du débiteur, sur production d'un certificat délivré

par l'organisme créancier, soit par le secrétaire du tribunal des affaires de sécurité sociale, et établissant l'existence d'une réclamation.

Cette mention fait l'objet d'une radiation effectuée dans les mêmes conditions.

Article R243-52

Le greffier mentionne en marge des inscriptions les subrogations et radiations totales ou partielles.

Les subrogations donnent lieu à l'établissement d'un bordereau en double exemplaire dont l'un est rendu au bénéficiaire de la subrogation et dont l'autre est conservé au greffe comme il est dit à l'article R. 243-49.

Les radiations sont effectuées sur présentation au greffier d'un certificat délivré par l'organisme créancier ou d'un acte de mainlevée émanant du créancier subrogé.

Article R243-53

L'organisme créancier conserve son privilège au-delà de deux ans et six mois, en application du quatrième alinéa de l'article L. 243-5, s'il a été fait mention de la saisie en marge des inscriptions avant l'expiration dudit délai.

Le greffier opère cette mention au vu des indications contenues dans un certificat établi par l'organisme créancier, si la saisie a été pratiquée à la requête de celui-ci, ou par le percepteur, lorsqu'il a été fait usage de la procédure sommaire mentionnée à l'article R. 133-2.

La mention en marge doit comporter les indications suivantes :

date et nature de la saisie, nom et qualité de la personne qui l'a pratiquée, désignation sommaire des biens qui en font l'objet. Toutefois, cette dernière indication résultera, sauf pour l'application de l'article R. 243-57 ci-après, d'un simple renvoi à la désignation figurant dans le certificat.

Les radiations sont effectuées sur présentation au greffier d'un certificat de mainlevée totale ou partielle délivré par l'organisme créancier ou par le percepteur.

Toute mention de saisie, non radiée, est périmée à l'expiration d'un délai de dix ans à compter de sa date, sauf renouvellement.

Article R243-54

Les certificats prévus aux articles R. 243-51 à R. 243-53 sont remis ou adressés au greffier en deux exemplaires, dont l'un est rendu ou renvoyé à titre de récépissé, après avoir été revêtu, dès réception, d'une mention indiquant la date d'accomplissement de la formalité requise.

Les exemplaires conservés au greffe sont enliassés et reliés aux frais des greffiers.

La remise au greffier de l'acte de mainlevée prévu au troisième alinéa de l'article R. 243-52 donne lieu à la délivrance d'un récépissé.

Article R243-55

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 peut requérir, dans les conditions des articles précédents, l'inscription ou la radiation du privilège.

Article R243-56

Les frais d'inscription sont à la charge du débiteur, mais sont avancés par l'organisme créancier. Toutefois, ils restent à la charge de cet organisme dans la mesure où l'inscription a été requise à tort.

Les frais de radiation sont à la charge du débiteur. Toutefois, si l'inscription a été requise à tort, ils sont à la charge de l'organisme requérant, mais avancés par la personne qui demande la radiation.

Article R243-57

Les greffiers sont tenus de délivrer à tous ceux qui le requièrent, soit l'état des inscriptions existantes avec les mentions de radiations partielles ou de subrogations partielles ou totales ou de contestation ou de saisie, soit un certificat indiquant qu'il n'existe aucune inscription.

Article R243-58

Le modèle des bordereaux, avis et certificats prévus aux articles R. 243-47, R. 243-48, R. 243-51 à R. 243-53, est fixé par un arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la justice et par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 4 : Contrôle

Article R243-59

Tout contrôle effectué en application de l'article L. 243-7 est précédé de l'envoi par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations d'un avis adressé à l'employeur ou au travailleur indépendant par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, sauf dans le cas où le contrôle est effectué pour rechercher des infractions aux interdictions mentionnées à l'article L. 8221-1 du code du travail. Cet avis fait état de l'existence d'un document intitulé " Charte du cotisant contrôlé " présentant au cotisant la procédure de contrôle et les droits dont il dispose pendant son déroulement et à son issue, tels qu'ils sont définis par le présent code. Il précise l'adresse électronique où ce document, dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, est consultable, et indique qu'il est adressé au cotisant sur sa demande.

L'employeur ou le travailleur indépendant a le droit pendant le contrôle de se faire assister du conseil de son choix. Il est fait mention de ce droit dans l'avis prévu à l'alinéa précédent.

Les employeurs, personnes privées ou publiques, et les travailleurs indépendants sont tenus de présenter aux agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 243-7, dénommés inspecteurs du recouvrement, tout document et de permettre l'accès à tout support d'information qui leur sont demandés par ces agents comme nécessaires à l'exercice du contrôle.

Ces agents peuvent interroger les personnes rémunérées notamment pour connaître leurs nom et adresse ainsi que la nature des activités exercées et le montant des rémunérations y afférentes, y compris les avantages en nature.

A l'issue du contrôle, les inspecteurs du recouvrement communiquent à l'employeur ou au travailleur indépendant un document daté et signé par eux mentionnant l'objet du contrôle, les documents consultés, la période vérifiée et la date de la fin du contrôle. Ce document mentionne, s'il y a lieu, les observations faites au cours du contrôle, assorties de l'indication de la nature, du mode de calcul et du montant des redressements et des éventuelles majorations et pénalités définies aux articles L. 243-7-2, L. 243-7-6 et L. 243-7-7 envisagés. En cas de réitération d'une pratique ayant déjà fait l'objet d'une observation ou d'un redressement lors d'un précédent contrôle, il précise les éléments caractérisant le constat d'absence de mise en conformité défini à l'article L. 243-7-6. Le cas échéant, il mentionne les motifs qui conduisent à ne pas retenir la bonne foi de l'employeur ou du travailleur indépendant. Le constat d'absence de mise en conformité et le constat d'absence de bonne foi sont contresignés par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement. Il indique également au cotisant qu'il dispose d'un délai de trente jours pour répondre par lettre recommandée avec accusé de réception, à ces observations et qu'il a, pour ce faire, la faculté de se faire assister d'un conseil de son choix.

En l'absence de réponse de l'employeur ou du travailleur indépendant dans le délai de trente jours, l'organisme de recouvrement peut engager la mise en recouvrement des cotisations, des majorations et pénalités faisant l'objet du redressement.

Lorsque l'employeur ou le travailleur indépendant a répondu aux observations avant la fin du délai imparti, la mise en recouvrement des cotisations, des majorations et pénalités faisant l'objet du redressement ne peut intervenir avant l'expiration de ce délai et avant qu'il ait été répondu par l'inspecteur du recouvrement aux observations de l'employeur ou du travailleur indépendant.

L'inspecteur du recouvrement transmet à l'organisme chargé de la mise en recouvrement le procès-verbal de contrôle faisant état de ses observations, accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'intéressé et de son propre courrier en réponse.

L'absence d'observations vaut accord tacite concernant les pratiques ayant donné lieu à vérification, dès lors que l'organisme de recouvrement a eu les moyens de se prononcer en toute connaissance de cause. Le

redressement ne peut porter sur des éléments qui, ayant fait l'objet d'un précédent contrôle dans la même entreprise ou le même établissement, n'ont pas donné lieu à observations de la part de cet organisme.

Article R243-59-1

Lorsque la tenue et la conservation des documents et des informations, qui doivent être mis à disposition de l'inspecteur du recouvrement à sa demande, sont réalisées par des moyens informatiques, il peut être procédé aux opérations de contrôle par la mise en oeuvre de traitements automatisés en ayant recours au matériel informatique utilisé par le cotisant sous réserve de son consentement. En cas d'opposition du cotisant, ce dernier confirme sa position par écrit. Il met alors à la disposition de l'inspecteur du recouvrement les copies des documents, des données et des traitements nécessaires à l'exercice du contrôle. Ces copies sont faites sur un support informatique répondant aux normes définies par l'inspecteur du recouvrement et sont restituées avant l'engagement de la mise en recouvrement.

L'employeur ou le travailleur indépendant peut demander à effectuer lui-même tout ou partie des traitements automatisés nécessaires aux opérations de contrôle. Dans ce cas, l'inspecteur du recouvrement lui indique par écrit les traitements à réaliser ainsi que les délais accordés pour les effectuer.

Article R243-59-2

Les inspecteurs du recouvrement peuvent proposer à l'employeur d'utiliser les méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Au moins quinze jours avant le début de cette vérification, l'inspecteur du recouvrement remet à l'employeur un document lui indiquant les différentes phases de la mise en oeuvre des méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation et les formules statistiques utilisées pour leur application. Il lui remet également l'arrêté mentionné au présent article.

Dès lors que l'employeur entend s'opposer à l'utilisation de ces méthodes, il en informe l'inspecteur du recouvrement, par écrit et dans les quinze jours suivant la remise des documents mentionnée à l'alinéa précédent. Dans ce cas, l'inspecteur du recouvrement lui fait connaître le lieu dans lequel les éléments nécessaires au contrôle doivent être réunis ainsi que les critères, conformes aux nécessités du contrôle, selon lesquels ces éléments doivent être présentés et classés. L'employeur dispose de quinze jours après notification de cette information pour faire valoir, le cas échéant, ses observations en réponse. A l'issue de ce délai, l'inspecteur notifie à l'employeur le lieu et les critères qu'il a définitivement retenus. La mise à disposition des éléments ainsi définis doit se faire dans un délai déterminé d'un commun accord entre l'inspecteur et l'employeur, mais qui ne peut être supérieur à soixante jours. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, l'opposition de l'employeur à l'utilisation des méthodes de vérification par échantillonnage et extrapolation ne peut être prise en compte.

Lorsque ces méthodes sont mises en oeuvre, l'inspecteur du recouvrement informe l'employeur des critères utilisés pour définir les populations examinées, le mode de tirage des échantillons, leur contenu et la méthode d'extrapolation envisagée pour chacun d'eux.

L'employeur peut présenter à l'inspecteur du recouvrement ses observations tout au long de la mise en oeuvre des méthodes de vérification par échantillonnage. En cas de désaccord de l'employeur exprimé par écrit, l'inspecteur du recouvrement répond par écrit aux observations de l'intéressé.

Le document notifié par l'inspecteur du recouvrement à l'issue du contrôle, en application du cinquième alinéa de l'article R. 243-59, précise les populations faisant l'objet des vérifications, les critères retenus pour procéder au tirage des échantillons, leur contenu, les cas atypiques qui en ont été exclus, les résultats obtenus pour chacun des échantillons, la méthode d'extrapolation appliquée et les résultats obtenus par application de cette méthode aux populations ayant servi de base au tirage de chacun des échantillons. Il mentionne la faculté reconnue au cotisant en vertu du sixième alinéa du présent article.

Dans le délai de trente jours fixé par le cinquième alinéa de l'article R. 243-59, l'employeur peut informer, par lettre recommandée avec avis de réception, l'organisme de recouvrement de sa décision de procéder au calcul des sommes dont il est redevable ou qu'il a indûment versées pour la totalité des salariés concernés par chacune des anomalies constatées sur chacun des échantillons utilisés.

Lorsque, au terme du délai fixé par l'alinéa précédent, l'employeur n'a pas fait connaître à l'organisme de recouvrement sa décision de procéder au calcul des sommes dont il est redevable, la mise en recouvrement des cotisations, des majorations et pénalités faisant l'objet du redressement ne peut intervenir avant l'expiration de ce délai et avant la réponse de l'inspecteur du recouvrement aux éventuelles observations de l'employeur.

Lorsque l'employeur a fait connaître dans le délai imparti sa décision de procéder au calcul des sommes dont il est redevable, l'engagement de la procédure de recouvrement ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de trente jours courant à compter de la réception par l'organisme de recouvrement de la décision de l'employeur. Avant l'expiration de ce délai, ce dernier adresse à l'inspecteur du recouvrement les résultats de ses calculs accompagnés des éléments permettant de s'assurer de leur réalité et de leur exactitude. L'inspecteur du recouvrement peut s'assurer de l'exactitude de ces calculs, notamment en procédant à l'examen d'un nouvel échantillon. La mise en recouvrement des cotisations, des majorations et pénalités faisant l'objet du redressement ne peut intervenir avant l'expiration de ce délai de trente jours et avant la réponse de l'inspecteur du recouvrement aux éventuelles observations de l'employeur.

L'inspecteur du recouvrement transmet à l'organisme chargé de la mise en recouvrement le procès-verbal de contrôle faisant état de ses observations, accompagné, s'il y a lieu, de l'ensemble des courriers et documents transmis par l'employeur et de la réponse de l'inspecteur du recouvrement.

Article R243-59-3

Des opérations de contrôle des obligations déclaratives et de paiement des employeurs et des travailleurs indépendants occupant neuf salariés au plus au 31 décembre de l'année qui précède celle de l'avis de contrôle peuvent être réalisées sous les garanties prévues à l'article R. 243-59 dans les locaux de l'organisme de recouvrement à partir des éléments dont dispose l'organisme et de ceux demandés pour le contrôle.

Ce contrôle peut être réalisé soit par les inspecteurs du recouvrement, soit par des contrôleurs du recouvrement répondant aux conditions énumérées à l'article L. 243-7.

En cas de non-transmission des éléments demandés ou lorsque l'examen des pièces nécessite d'autres investigations, la procédure est clôturée par un document, se substituant à celui mentionné au cinquième alinéa de l'article R. 243-59, informant l'employeur ou le travailleur indépendant qu'un contrôle va être engagé, dans les conditions fixées à l'article R. 243-59.

Article R243-60

Lorsque l'employeur est membre du conseil d'administration de l'union de recouvrement ou lorsque le contrôle concerne l'union de recouvrement, le contrôle est délégué à une autre union, désignée par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Lorsque l'employeur est membre du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou lorsque le contrôle concerne ladite agence, le contrôle est délégué à l'Union de recouvrement de Paris et de la région parisienne.

Article R243-60-1

Le comité des abus de droit a pour mission, lorsqu'il est saisi, d'émettre un avis sur l'existence d'actes constitutifs d'un abus de droit au sens de l'article L. 243-7-2.

Il comprend :

- 1° Un conseiller à la Cour de cassation, président ;
- 2° Un conseiller d'Etat ;
- 3° Un conseiller maître à la Cour des comptes ;
- 4° Un avocat ayant une compétence en droit social ;
- 5° Un expert-comptable ;
- 6° Un professeur des universités, agrégé de droit ;
- 7° Un inspecteur général des affaires sociales.

Les membres du comité sont nommés, pour une durée de trois ans renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition, pour les personnes mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 4° et 5°, respectivement du premier président de la Cour de cassation, du vice-président du Conseil d'Etat, du premier président de la Cour des comptes, du Conseil national des barreaux et du Conseil supérieur de l'ordre des experts-comptables.

Des suppléants sont nommés dans les mêmes conditions.

Un ou plusieurs agents de catégorie A de la direction de la sécurité sociale et un ou plusieurs agents de catégorie A du service des affaires financières, sociales et logistiques du ministère chargé de l'agriculture sont désignés respectivement par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé de l'agriculture pour remplir les fonctions de rapporteur auprès du comité.

Le président peut inviter un ou plusieurs membres, suppléants ou rapporteurs du comité de l'abus de droit fiscal à assister aux délibérations du comité des abus de droit.

Article R243-60-2

I. # Tout membre du comité des abus de droit doit informer le président :

1° Des intérêts qu'il a détenus au cours des deux ans précédant sa nomination, qu'il détient ou vient à détenir ;

2° Des fonctions qu'il a exercées au cours des deux ans précédant sa nomination, qu'il exerce ou vient à exercer ;

3° De tout mandat au sein d'une personne morale qu'il a détenu au cours des deux ans précédant sa nomination, qu'il détient ou vient à détenir.

Ces informations ainsi que celles concernant le président sont tenues à la disposition des membres du comité.

Aucun membre du comité ne peut délibérer dans une affaire dans laquelle lui-même ou, le cas échéant, une personne morale au sein de laquelle il a, au cours des deux ans précédant la délibération, exercé des fonctions ou détenu un mandat, a ou a eu un intérêt au cours de la même période. Il ne peut davantage participer à une délibération concernant une affaire dans laquelle lui-même ou, le cas échéant, une personne morale au sein de laquelle il a, au cours des deux ans précédant la délibération, exercé des fonctions ou détenu un mandat, a représenté une des parties intéressées au cours de la même période.

Le président du comité prend les mesures appropriées pour assurer le respect de ces obligations et interdictions.

II. # Les membres et les personnels du comité des abus de droit sont tenus au respect des règles de secret professionnel. Ce secret n'est pas opposable à l'autorité judiciaire agissant dans le cadre d'une procédure pénale.

III. # Nul ne peut être membre de ce comité s'il a été condamné au cours des cinq années passées, selon les modalités prévues à l'article 131-27 du code pénal, à une peine d'interdiction d'exercer une profession commerciale ou industrielle, de diriger, d'administrer, de gérer ou de contrôler à un titre quelconque, directement ou indirectement, pour son propre compte ou pour le compte d'autrui, une entreprise commerciale ou industrielle ou une société commerciale ou à une peine pour travail dissimulé, marchandage, prêt illicite de main-d'œuvre, en application des articles L. 8224-1, L. 8224-2, L. 8234-1 et L. 8243-1 du code du travail.

Article R243-60-3

I. # La décision de mettre en œuvre les dispositions prévues à l'article L. 243-7-2 est prise par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement, qui contresigne à cet effet le document mentionné au cinquième alinéa de l'article R. 243-59. Ce document mentionne la possibilité de saisir le comité des abus de droit et les délais impartis au cotisant pour ce faire.

II. # Le cotisant dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception du document mentionné au I pour demander au service mentionné à l'article R. 155-1 que le litige soit soumis à l'avis du comité des abus de droit. S'il formule dans ce délai des observations à ce document, il dispose à nouveau d'un délai de trente jours à compter de la réception de la réponse de l'organisme de recouvrement à ces observations.

III. # Dans un délai de trente jours, le service mentionné à l'article R. 155-1 saisit le comité des demandes recevables et avertit l'organisme.

IV. # L'organisme de recouvrement et le cotisant sont invités à produire leurs observations dans un délai de trente jours ; ils reçoivent communication des observations produites par l'autre partie. Le président du comité peut en outre recueillir auprès du cotisant et de l'organisme tout renseignement complémentaire utile à l'instruction du dossier.

V. # Si le cotisant a formé, devant la commission de recours amiable prévue à l'article R. 142-1, une réclamation portant sur une décision de redressement prise dans le cadre de la même procédure que celle qui a donné lieu à la saisine du comité des abus de droit, la commission diffère son avis ou sa décision dans l'attente de l'avis du comité.

VI. # Le président communique l'avis du comité au cotisant et à l'organisme de recouvrement. Celui-ci notifie sa décision au cotisant et, en cas de modification du redressement, lui adresse une mise en demeure rectificative, conformément à l'article L. 244-2, dans un délai de trente jours.

Section 5 : Encaissement des cotisations, contributions et taxes sociales recouvrées par les organismes visés à l'article L. 213-1

Article R243-61

Pour l'appréciation de la condition prévue au I de l'article L. 243-14, il est tenu compte du montant total des cotisations, contributions et taxes dues le cas échéant par l'ensemble des établissements de l'entreprise. Lesdites cotisations, contributions et taxes s'entendent compte non tenu des éventuelles majorations et pénalités prévues aux articles L. 243-14, R. 243-16 et R. 243-18.

L'ordre de virement est accompagné de références dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 4 : Contentieux et pénalités.

Section 1 : Dispositions communes

Article R244-1

L'envoi par l'organisme de recouvrement ou par le service mentionné à l'article R. 155-1 de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, est effectué par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. L'avertissement ou la mise en demeure précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées ainsi que la période à laquelle elles se rapportent.

Lorsque l'employeur ou le travailleur indépendant qui fait l'objet de l'avertissement ou de la mise en demeure prévus à l'article L. 244-2, saisit la juridiction compétente dans les conditions prévues à l'article R. 133-2, la prescription des actions mentionnées aux articles L. 244-7 et L. 244-11 est interrompue et de nouveaux délais recommencent à courir à compter du jour où le jugement est devenu définitif.

Article R244-2

Les tribunaux des affaires de sécurité sociale statuent en dernier ressort, quel que soit le chiffre de la demande, lorsqu'ils sont saisis de recours contre des décisions prises en application de l'article R. 243-20 et du II de l'article R. 133-9-1.

Article R244-3

Hors le cas de récidive dans un délai de trois ans prévu à l'article L. 244-6, l'employeur qui a retenu par devers lui indûment la contribution des salariés aux assurances sociales précomptée sur le salaire est passible des peines prévues pour les contraventions de 5e classe.

Article R244-4

L'employeur ou le travailleur indépendant qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale est passible de l'amende prévue pour les contraventions de la 3e classe prononcée par le tribunal sans préjudice de la condamnation par le même jugement et à la requête du ministère public ou de la partie civile au paiement de la somme représentant les contributions dont le versement lui incombait, ainsi qu'au paiement des majorations de retard. L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de personnes employées dans des conditions contraires aux prescriptions relatives à l'immatriculation et au paiement des cotisations de sécurité sociale sans que le total des amendes puisse dépasser 1 500 euros.

Article R244-5

En cas de récidive, le contrevenant est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe sans préjudice de la condamnation par le même jugement et à la requête du ministère public ou de la partie civile au paiement des contributions dont le versement lui incombait ainsi qu'au paiement des majorations de retard.

Article R244-6

En cas de pluralité de contraventions entraînant les peines de la récidive, l'amende est appliquée autant de fois qu'on a relevé de nouvelles contraventions. Toutefois, le total des amendes ne peut dépasser 4 500 euros.

Section 2 : Dispositions relatives aux cotisations dues à titre personnel par les travailleurs indépendants

Article R244-7

Les dispositions prévues aux articles R. 652-2 à R. 652-9 sont applicables pour le recouvrement des cotisations, des majorations de retard et pénalités dues à titre personnel par les travailleurs indépendants.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 5 : Ressources autres que les cotisations

Section 1 : Contribution des entreprises de préparation de médicaments

Article R245-4

En cas de cession de l'entreprise ou cessation d'activité de l'entreprise visée à l'article L. 245-1, la déclaration et le versement de la contribution éventuellement due sont transmis dans un délai d'un mois. Ce délai court :

- a) Lorsqu'il s'agit de la vente ou de la cession d'un fonds de commerce, du jour de la vente où la cession a été publiée dans un journal d'annonces légales ;
- b) Lorsqu'il s'agit de la cessation de l'activité de l'entreprise, du jour de cette cessation définitive.

Article R245-5

Lorsque la durée du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois, l'abattement forfaitaire prévu au 1° du II de l'article L. 245-2 est, pour chaque exercice clos depuis la dernière échéance, égal au produit du montant de l'abattement forfaitaire par le rapport du nombre de jours d'activité sur trois cent soixante jours, chaque mois complet d'activité correspondant à trente jours.

Article R245-6

Le groupe mentionné au dernier alinéa du II de l'article L. 245-2 est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle est appelée la contribution et par une ou plusieurs entreprises dont elle possède au moins 50 % du capital et dont le chiffre d'affaires est consolidé avec son propre chiffre d'affaires.

Pour bénéficier du report d'abattement prévu au II de l'article L. 245-2, les entreprises doivent déposer auprès de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dont elles relèvent à la date de dépôt de la déclaration prévue à l'article R. 245-3, un document commun établi par l'entreprise

consolidante qui mentionne la raison sociale des entités exploitantes concernées et les montants de leurs chiffres d'affaires se rapportant aux spécialités génériques et aux médicaments orphelins ouvrant droit à l'abattement, la raison sociale des sociétés bénéficiaires du report d'abattement, le montant total initial des abattements applicables au titre des 2° et 3° du II de l'article L. 245-2 et les modalités de répartition de cet abattement entre les sociétés du groupe.

Les abattements mentionnés aux 2° et 3° du II de l'article L. 245-2 sont reportés au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe, sur le même exercice que celui au titre duquel il est constaté, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution.

Article R245-7

Lorsque la durée du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois, le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa de l'article L. 245-4 est égal au produit du chiffre d'affaires effectif réalisé pour chaque exercice clos depuis la dernière échéance de la contribution par le rapport de trois cent soixante jours sur le nombre de jours d'activité, chaque mois complet d'activité correspondant à trente jours.

Section 2 : Contributions à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1

Article R245-16

Les dispositions de l'article R. 245-4 s'appliquent à la contribution visée à l'article L. 245-5-1.

Article R245-16-1

Lorsque la durée du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois, l'abattement forfaitaire prévu à l'article L. 245-5-2 est, pour chaque exercice clos depuis la dernière échéance, égal au produit du montant de l'abattement forfaitaire par le rapport du nombre de jours d'activité sur trois cent soixante jours, chaque mois complet d'activité correspondant à trente jours.

Article R245-16-2

Lorsque la durée du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois, le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa de l'article L. 245-5-3 est égal au produit du chiffre d'affaires effectif réalisé pour chaque exercice clos depuis la dernière échéance de la contribution par le rapport de trois cent soixante jours sur le nombre de jours d'activité, chaque mois complet d'activité correspondant à trente jours.

Article R245-16-3

Les données mentionnées au VIII de l'article L. 245-5-5-1 sont transmises par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique par voie électronique dans des conditions permettant de garantir leur confidentialité.

Ces données sont le nom de l'établissement, l'identifiant SIRET, l'adresse de l'établissement principal ou du siège du redevable et l'assiette de la contribution prévue par l'article L. 245-5-5-1 du présent code.

Un protocole entre l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale détermine le format des données transmises.

Section 2 bis : Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie

Article R245-17

En cas de cession d'exploitation d'un médicament entrant dans l'assiette des contributions définies par l'article L. 245-6, l'entreprise qui a cédé l'exploitation de ce médicament avant le 1er janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due n'est pas redevable du versement provisionnel correspondant.

Article R245-18

Les dispositions de l'article R. 245-4 sont applicables aux contributions mentionnées à l'article L. 245-6.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 6 : Dispositions communes.

Article R246-1

Les articles R. 243-59 et R. 244-3 s'appliquent au recouvrement des cotisations assises sur les avantages de retraite, le débiteur de ces avantages étant assimilé à l'employeur.

Pour l'application de ces articles, ainsi que des articles L. 243-4 à L. 243-6, de la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II et du chapitre 4 du titre IV du livre II le débiteur des avantages de retraite est assimilé à un employeur, l'avantage de retraite à un salaire et le bénéficiaire de ces avantages à un salarié.

Article R246-2

Les articles R. 243-59 et R. 244-3 s'appliquent au recouvrement des cotisations assises sur les avantages [*chômage*] mentionnés à l'article R. 243-36.

Pour l'application des articles mentionnés au premier alinéa, des articles L. 243-4 à L. 243-6, de la section 4 du chapitre 3 du titre IV du livre II et du chapitre 4 du titre IV du livre II, le débiteur desdits avantages est assimilé à un employeur, l'avantage à un salaire et le bénéficiaire de ces avantages à un salarié.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 1er : Gestion des risques et fonds

Section 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles

Article R251-1

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés gère les fonds énumérés ci-après :

1°) le Fonds national de l'assurance maladie ;

2°) le Fonds national des accidents du travail ;

3°) le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

4°) le Fonds national d'action sanitaire et sociale ;

5°) le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ;

6°) le Fonds national du contrôle médical ;

7°) le Fonds national de la gestion administrative.

Article R251-2

Le Fonds national de l'assurance maladie comprend huit sections comptables :

1°) régime général ;

2°) fonctionnaires de l'Etat, agents des collectivités locales, agents relevant du statut national des industries électriques et gazières ;

3°) étudiants ;

4°) invalides de guerre ;

5°) praticiens et auxiliaires médicaux ;

6°) assurance personnelle et assurés volontaires ;

7°) artistes auteurs d'oeuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques ;

8°) ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Les opérations relatives, d'une part, aux soins de santé et, d'autre part, aux incapacités de travail et au décès sont suivies dans des comptes distincts à l'intérieur des sections "régime général" et "assurance personnelle et assurés volontaires" ci-dessus. Les opérations relatives aux différentes catégories d'assurés volontaires sont suivies dans des comptes distincts à l'intérieur de la section "assurance personnelle et assurés volontaires".

Article R251-3

Le fonds national de l'assurance maladie doit être équilibré en recettes et en dépenses.

Les recettes du fonds sont constituées par :

1°) la fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie résultant de l'application des articles L. 241-1, L. 241-2 et L. 251-1 ;

2°) la fraction du produit des cotisations créées par l'article L. 231-1 du code des assurances revenant au régime général de sécurité sociale ;

3°) le cas échéant, la fraction de l'excédent du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 251-7-3 ;

4°) les contributions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Les dépenses du fonds sont constituées par :

1°) les dotations et, éventuellement, les subventions et avances attribuées aux caisses primaires pour le service des prestations au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès ;

2°) les charges diverses imputables au fonds en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article R251-4

Le fonds de réserve de l'assurance maladie est constitué par :

1°) les excédents du Fonds national de l'assurance maladie ;

2°) les excédents qui y sont affectés par les caisses primaires en application de l'article L. 252-2.

Article R251-5

Le Fonds national des accidents du travail doit être équilibré en recettes et en dépenses.

Les recettes du fonds sont constituées par :

1°) la fraction du produit des cotisations de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles résultant de l'application des articles L. 241-5 et L. 251-1 ;

2°) les contributions mentionnées par l'article L. 437-1.

Les dépenses du fonds sont constituées par :

1°) les dotations et, éventuellement, les subventions et avances attribuées aux caisses primaires pour le service des prestations au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) les charges diverses imputables au fonds en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article R251-6

Les recettes du Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles sont constituées par la fraction du produit des cotisations d'accidents du travail qui lui est affectée par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1.

Le fonds supporte les dépenses effectuées au titre de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les conditions définies au titre II du livre IV et au titre IV du livre II.

Article R251-7

Les recettes du Fonds national d'action sanitaire et sociale sont constituées par la fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie, ainsi que celles de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui lui sont affectées par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1.

Le fonds supporte les dépenses effectuées au titre de l'action sanitaire et sociale.

Au terme de l'exercice budgétaire, la fraction non utilisée par les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail de la dotation annuelle provenant du Fonds national d'action sanitaire et sociale est restituée à ce fonds.

Article R251-7-1

Les recettes du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires sont constituées par la fraction du produit des cotisations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès qui sont affectées à ce fonds par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1.

Le fonds supporte les dépenses effectuées au titre de la prévention, de l'éducation et de l'information sanitaires, et notamment les examens de santé prévus à l'article L. 321-3.

Article R251-7-2

Au terme de l'exercice budgétaire, la fraction non utilisée par les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail de la dotation annuelle provenant du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires est restituée à ce fonds.

Article R251-7-3

A la clôture des comptes de l'exercice budgétaire, la fraction de l'excédent du fonds de prévention, d'éducation et d'information sanitaires supérieure aux deux douzièmes des crédits consommés au titre du dernier exercice est virée au Fonds national d'assurance maladie.

Article R251-8

Les recettes du Fonds national du contrôle médical sont constituées par :

1°) la fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie, ainsi que celle de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui lui sont affectées par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1 ;

2°) une contribution de la Caisse nationale d'assurance vieillesse dans les conditions fixées par l'arrêté prévu à l'article L. 251-6 ;

3°) une fraction des ressources prévues aux articles L. 382-3 et L. 382-4, dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;

4°) une fraction des ressources prévues à l'article L. 381-18 déterminée dans les conditions fixées à l'article R. 381-55.

Les dépenses du fonds sont constituées par les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services du contrôle médical.

Article R251-9

Les recettes du Fonds national de la gestion administrative sont constituées par la fraction du produit des cotisations de l'assurance maladie, ainsi que de celle des cotisations de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui lui sont affectées par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1.

Ce fonds supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs de la caisse nationale. Les dépenses comportent également les dotations, et éventuellement les subventions et avances destinées à couvrir les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs des caisses primaires et des caisses régionales d'assurance maladie.

Ce fonds supporte en outre les remises de gestion versées par la caisse nationale aux organismes mutualistes qui assurent aux fonctionnaires le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité.

Il supporte également les remises de gestion versées par la caisse nationale aux organismes mutualistes mentionnés à l'article L. 160-17 qui assurent aux étudiants la prise en charge de leurs frais de santé.

Article R251-10

Le Fonds national de la gestion administrative comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1, alimentée en recettes par un prélèvement sur le produit des cotisations et des contributions du régime institué par le chapitre 2 du titre VIII du livre III et dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Cette section spéciale supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital afférentes à ce régime.

Article R251-11

Le Fonds national de la gestion administrative comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses, alimentée en recettes par une fraction des ressources prévues à l'article L. 381-17 déterminée dans les conditions fixées à l'article R. 381-55. Cette section spéciale supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital afférentes à la section 4 du chapitre 1er du titre VIII du livre III.

Article R251-12

La comptabilité des caisses primaires d'assurance maladie doit permettre de suivre distinctement les opérations correspondant aux différents fonds et sections comptables mentionnés aux articles R. 251-1 et R. 251-2.

Article R251-13

La comptabilité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail doit permettre de suivre distinctement les opérations afférentes à la gestion administrative, à l'action sanitaire et sociale à la prévention, l'éducation et l'information sanitaires et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Section 2 : Assurance vieillesse et assurance veuvage

Article R251-14

La Caisse nationale d'assurance vieillesse gère les fonds ci-après :

- 1°) le Fonds national d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage ;
- 2°) le Fonds national d'action sanitaire et sociale ;
- 3°) le Fonds national de gestion administrative.

Article R251-15

Le Fonds national d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage doit être équilibré en recettes et en dépenses.

Les recettes du fonds sont constituées par :

- 1°) Une fraction du produit des cotisations de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage ;
- 2°) les contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
- 3°) une fraction des ressources prévues à l'article L. 382-3 et L. 382-4, dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Les dépenses du fonds sont constituées par :

- 1°) les prestations servies aux assurés au titre de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage ;
- 2°) les charges diverses imputables au fonds en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article R251-16

Le Fonds national d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1.

Article R251-18

Les recettes du Fonds national d'action sanitaire et sociale sont constituées par :

- 1°) Une fraction du produit des cotisations de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage ;
- 2°) les ressources diverses qui lui sont affectées en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, ainsi que les revenus du fonds de réserve spéciale des anciennes caisses régionales de sécurité sociale.

Ce fonds supporte les dépenses effectuées au titre de l'action sanitaire et sociale.

Article R251-19

Les recettes du fonds national de la gestion administrative sont constituées par une fraction du produit des cotisations de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage.

Ce fonds supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs de la caisse nationale et de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg.

Article R251-20

Le fonds national de la gestion administrative comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1, alimentée en recettes par un prélèvement sur le produit des cotisations et des contributions du régime institué par le chapitre 2 du titre VIII du livre III et dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Cette section spéciale supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital de ce régime.

Article R251-21

Les dépenses et les recettes concernant respectivement le Fonds national de l'action sanitaire et sociale et le Fonds national de la gestion administrative donnent lieu à l'établissement de budgets par la caisse nationale. Celle-ci les communique au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Article R251-22

La comptabilité de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg doit permettre de suivre distinctement les opérations afférentes aux prestations de vieillesse et de veuvage, à la gestion administrative et à l'action sanitaire et sociale.

Article R251-23

Le réemploi des disponibilités provenant de l'aliénation d'un élément du patrimoine du fonds de réserve spéciale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, à l'exception de celui de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg est assuré par le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, qui décide des opérations à effectuer pour le placement, soit en valeurs de l'Etat, soit en valeurs jouissant de sa garantie, soit en valeurs mobilières dans les conditions déterminées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés peut confier aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail la gestion pour son compte de biens immobiliers relevant du fonds de réserve spéciale.

Section 3 : Allocations familiales.

Article R251-24

La Caisse nationale des allocations familiales gère les fonds ci-après :

- 1°) le Fonds national des prestations familiales qui doit être équilibré en recettes et en dépenses ;
- 2°) le Fonds national de l'action sanitaire et sociale ;
- 3°) le Fonds national de la gestion administrative.

Article R251-25

Les recettes du Fonds national des prestations familiales sont constituées par :

- 1°) la fraction du produit des cotisations d'allocations familiales qui lui est affectée par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-8 ;
- 2°) la contribution du régime des exploitants agricoles ;
- 3°) les autres contributions prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Les dépenses sont constituées par :

- 1°) les sommes nécessaires au service des prestations familiales ;
- 2°) les charges diverses.

Article R251-26

Le Fonds national des prestations familiales comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1.

Article R251-27

Les recettes du Fonds national d'action sanitaire et sociale sont constituées par les fractions du produit des cotisations d'allocations familiales versées soit au titre des salariés non mentionnés dans les dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 212-1, soit au titre des employeurs et travailleurs indépendants qui lui sont affectées par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-8.

Le fonds supporte les dépenses effectuées au titre de l'action sanitaire et sociale.

Article R251-28

Les recettes du Fonds national de la gestion administrative sont constituées :

1°) par la fraction du produit des cotisations d'allocations familiales versées au titre des salariés non mentionnés dans les dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 212-1 ;

et

2°) par la fraction du produit des cotisations d'allocations familiales des employeurs et travailleurs indépendants, qui lui sont affectées par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-8 ;

3°) par la rémunération des coûts de gestion liés à l'application des dispositions du I de l'article R. 20-34 du code des postes et télécommunications.

Ce fonds supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs de la caisse nationale. Les dépenses comportent également les dotations et, éventuellement, les subventions et avances destinées à couvrir les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs des caisses d'allocations familiales.

Article R251-29

Le Fonds national de la gestion administrative comporte une section comptable spéciale pour les opérations relatives aux artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1, alimentée en recettes par un prélèvement sur le produit des cotisations et des contributions du régime institué par le chapitre 2 du titre VIII du livre III et dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Cette section spéciale supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital afférentes à ce régime.

Article R251-30

Les dépenses et les recettes concernant respectivement le Fonds national d'action sanitaire et sociale et le fonds national de la gestion administrative donnent lieu à l'établissement de budgets par la caisse nationale, qui doit les communiquer au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Article R251-31

La comptabilité des caisses d'allocations familiales doit permettre de suivre distinctement les opérations correspondant aux fonds et sections comptables mentionnés aux articles R. 251-24 et R. 251-29.

Section 4 : Dispositions communes.

Article R251-32

En vue de la couverture des frais de gestion des unions de recouvrement et de ceux de ses propres services, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale gère un fonds national de la gestion administrative.

Article R251-33

Les recettes du Fonds national de la gestion administrative sont constituées par un prélèvement opéré sur les ressources des trois caisses nationales selon les modalités fixées par l'arrêté pris en application de l'article L. 225-6.

Ce fonds supporte les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs de l'agence centrale, les dotations et, éventuellement, les subventions et avances destinées à couvrir les charges de fonctionnement et les dépenses en capital des services administratifs des unions de recouvrement.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 2 : Dotations - Budgets - Etats prévisionnels

Section 1 : Organismes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles

Article R252-1

La caisse nationale établit pour chaque exercice un état prévisionnel des recettes et des dépenses du Fonds national de l'assurance maladie. Cet état est communiqué au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

En fonction des prévisions ainsi établies, la caisse nationale prend les mesures nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier.

Article R252-2

Les avances accordées par la caisse nationale dans les conditions prévues à l'article L. 252-3 doivent être remboursées dans le délai de cinq ans qui suit leur attribution. Elles peuvent être transformées, en tout ou en partie, en subventions sur décision du conseil d'administration de la caisse nationale, lorsque les caisses qui en sont bénéficiaires justifient que des circonstances particulières sont à l'origine de l'augmentation des prestations.

Article R252-3

La caisse nationale établit pour chaque exercice un état prévisionnel des recettes et des dépenses du Fonds national des accidents du travail. Cet état est communiqué au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Article R252-4

La caisse nationale peut imposer aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail toutes mesures de redressement utiles et notamment l'augmentation de tout ou partie de leurs tarifs lorsqu'il se révèle, soit à la suite d'un contrôle, soit à l'examen des bilans et comptes financiers des caisses primaires de la circonscription, un déséquilibre dans la gestion du risque accidents du travail.

Article R252-5

Les dépenses et les recettes concernant respectivement :

1°) le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) le Fonds national d'action sanitaire et sociale ;

3°) le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ;

4°) le Fonds national du contrôle médical ;

5°) le Fonds national de la gestion administrative,

donnent lieu à l'établissement de budgets par la caisse nationale. Celle-ci communique ces budgets au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Article R252-6

Les caisses primaires d'assurance maladie établissent par exercice :

1°) les états prévisionnels de dépenses distincts pour la gestion de l'assurance maladie et pour la gestion de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) des budgets pour l'action sanitaire et sociale, pour la prévention, l'éducation et l'information sanitaires et pour la gestion administrative dans les conditions fixées par les articles L. 153-2, L. 153-4, L. 153-5, R. 122-3 et R. 153-7.

Article R252-7

Lorsque les dépenses afférentes à la gestion de l'assurance maladie ou à celle de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles sont inférieures aux dotations attribuées par la caisse nationale, les excédents sont affectés dans les conditions définies par l'article L. 252-2.

Lorsque les dépenses desdites gestions excèdent le montant des dotations, le déficit est couvert suivant les modalités fixées par l'article L. 252-3.

Article R252-8

La caisse nationale attribue aux caisses primaires, par imputation sur le fonds national de la gestion administrative, les dotations dont elles doivent disposer pour couvrir leurs dépenses de gestion administrative.

Article R252-9

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative d'une caisse primaire présente un excédent, ce dernier est affecté pour partie au compte d'action sanitaire et sociale de la caisse intéressée et pour partie au fonds national de la gestion administrative mentionné à l'article R. 251-1, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R252-10

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative est déficitaire, la caisse nationale de l'assurance maladie, au vu des explications fournies par l'organisme, examine les causes du déficit, arrête les mesures propres à assurer le redressement et fixe le délai dans lequel ces mesures doivent être prises.

En vue de la couverture totale ou partielle du déficit, elle peut soit décider une réduction des ressources affectées à l'action sanitaire et sociale de la caisse considérée, soit accorder une subvention spéciale, soit décider l'amortissement de tout ou partie du déficit sur les budgets de gestion ultérieurs.

La caisse nationale notifie sa décision à la caisse intéressée. En cas de carence, elle peut se substituer au conseil d'administration de la caisse primaire et ordonner la mise en application des mesures qu'elle a prescrites.

Article R252-11

Sous réserve des dispositions des articles R. 251-9, R. 381-21 et R. 712-1, la caisse primaire d'assurance maladie accorde, chaque année, à chacune des sections locales, par prélèvement sur les ressources affectées à sa gestion administrative, une somme comprenant :

1°) une remise au titre des frais de gestion supportés par la section dans l'accomplissement des missions qui lui incombent ;

2°) le cas échéant, une somme déterminée, compte tenu de la qualité de la gestion de celle-ci, et des services rendus aux assurés sociaux appréciés notamment en fonction de la rapidité d'exécution des opérations de règlement des prestations et de l'exactitude des décomptes de prestations.

Les conditions d'utilisation de cette dernière somme sont fixées par les statuts de la caisse primaire d'assurance maladie.

Un arrêté fixe les montants minimum et maximum des remises de gestion qui peuvent être allouées en fonction de la mission qui leur est confiée aux sections locales, aux correspondants locaux ou d'entreprises, ainsi qu'aux groupements mutualistes habilités à jouer le rôle de sections locales ou de correspondants locaux ou d'entreprises ou de centres de paiement.

Article R252-12

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail établissent, par exercice, des budgets :

1°) pour la gestion administrative ;

2°) pour l'action sanitaire et sociale ;

3°) pour la prévention, l'éducation et l'information sanitaires ;

4°) pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les conditions fixées par les articles L. 153-2, L. 153-4, L. 153-5, R. 122-3 et R. 153-7.

Article R252-13

Les dispositions des articles R. 252-8, R. 252-9 et R. 252-10 sont applicables aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

Article R252-14

Le budget de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles est soumis, préalablement à son exécution, à l'approbation de la caisse nationale de l'assurance maladie.

Section 2 : Organismes d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage

Article R252-15

La Caisse nationale d'assurance vieillesse établit pour chaque exercice un état prévisionnel des recettes et des dépenses du Fonds national d'assurance vieillesse. Cet état est communiqué au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Article R252-16

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail établissent par exercice, au titre des opérations mentionnées à l'article R. 215-2 :

1°) un état prévisionnel des dépenses de prestations vieillesse ;

2°) un budget d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées dans les conditions fixées par les articles L. 153-2, L. 153-4, L. 153-5, R. 122-3 et R. 153-7 et par le titre VI du présent livre.

D'autre part, elles annexent à leur budget de gestion administrative prévu à l'article R. 252-12 tous états nécessaires à la détermination de la part des dépenses de gestion administrative qui doit être financée respectivement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse et par la Caisse nationale de l'assurance maladie. Ces états sont établis dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis des deux caisses nationales précitées.

Article R252-17

Au vu des états mentionnés à l'article R. 252-16, la caisse nationale de l'assurance maladie et la Caisse nationale d'assurance vieillesse arrêtent d'un commun accord le montant des dotations dont doivent disposer les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail pour couvrir leurs dépenses de gestion administrative. Ces dotations sont attribuées par la Caisse nationale de l'assurance maladie aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail. La Caisse nationale d'assurance vieillesse rembourse à la Caisse nationale de l'assurance maladie la fraction des dotations correspondant à la gestion de l'assurance vieillesse par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

En cas de désaccord entre les deux caisses nationales sur la répartition entre elles des dépenses de gestion administrative des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la décision est prise par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R252-18

Si à la fin d'un exercice le compte de gestion administrative d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail présente un excédent, ce dernier est affecté, dans les conditions fixées par l'arrêté prévu à l'article R. 252-9 pour partie au compte d'action sanitaire et sociale prévu à l'article R. 251-13, pour partie au compte d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées tenu par la caisse intéressée et pour partie à chacun des fonds nationaux de gestion administrative mentionnés respectivement aux articles R. 251-1 et R. 251-14.

Article R252-19

Lorsque la situation financière du compte de gestion administrative des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail justifie, en fin d'exercice, l'application des dispositions fixées par l'article R. 252-10, la décision de la Caisse nationale de l'assurance maladie est prise en accord avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse, en ce qui concerne la part des dépenses qui incombe au fonds national de gestion administrative de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. En cas de désaccord entre les deux caisses nationales, la décision est prise par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R252-20

La Caisse nationale d'assurance vieillesse alloue aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, sous forme de dotations, les ressources dont elles doivent disposer pour couvrir les dépenses résultant des opérations qu'elles effectuent par application de l'article R. 215-2 et autres que des dépenses de gestion administrative.

Article R252-21

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail doivent adresser à la Caisse nationale d'assurance vieillesse :

1°) annuellement, l'état prévisionnel, le budget d'action sanitaire et sociale et les états prévus à l'article R. 252-16 ainsi qu'un exemplaire de leur budget de gestion administrative ;

2°) mensuellement, un état des dépenses et recettes effectuées au titre des opérations mentionnées à l'article R. 215-2 ;

3°) tous les éléments nécessaires à l'élaboration des statistiques prévues à l'article R. 226-6 ;

4°) un exemplaire des comptes de résultats de la gestion de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage, de l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées et de la gestion administrative.

Article R252-22

Pour l'application de l'article L. 251-7, les dépenses et recettes de la gestion administrative de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg sont suivies dans le cadre d'un budget annuel.

Article R252-23

Les dépenses d'action sanitaire et sociale propres à la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg sont effectuées dans le cadre d'un budget soumis à l'approbation préalable de la caisse nationale et remboursées par le Fonds national d'action sanitaire et sociale.

Section 3 : Organismes de prestations familiales.

Article R252-24

La Caisse nationale des allocations familiales établit pour chaque exercice et pour chaque section comptable un état prévisionnel des recettes et des dépenses du fonds national des prestations familiales. Cet état est communiqué au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Article R252-25

Les caisses d'allocations familiales établissent par exercice :

1°) un état prévisionnel des dépenses de prestations familiales pour chaque section comptable ;

2°) des budgets pour l'action sanitaire et sociale et pour la gestion administrative dans les conditions fixées par les articles L. 153-2, L. 153-4, L. 153-5, R. 122-3 et R. 153-7.

Article R252-26

La caisse nationale attribue aux caisses d'allocations familiales, par imputation sur le fonds national de la gestion administrative, les dotations dont elles doivent disposer pour leurs dépenses de gestion administrative.

Article R252-27

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative d'une caisse d'allocations familiales présente un excédent, ce dernier est affecté pour partie au compte d'action sanitaire et sociale de la caisse intéressée et pour partie au fonds national de gestion administrative mentionné à l'article R. 251-24, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R252-28

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative est déficitaire, la Caisse nationale des allocations familiales, au vu des explications fournies par l'organisme, examine les causes du déficit, arrête les mesures propres à assurer le redressement et fixe le délai dans lequel ces mesures doivent être prises.

En vue de la couverture totale ou partielle du déficit, elle peut soit décider une réduction des ressources affectées à l'action sanitaire et sociale de la caisse considérée, soit accorder une subvention spéciale, soit décider l'amortissement de tout ou partie du déficit sur les budgets de gestion ultérieurs.

Article R252-29

Sans préjudice des mesures prévues à l'article L. 271-1, les organismes et services autorisés par les dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 212-1, à assumer le service des prestations familiales doivent, aux dates et dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, communiquer à la Caisse nationale des allocations familiales tous les renseignements nécessaires à la centralisation par cet établissement, d'une part, du montant des prestations familiales dont ils assument le service, d'autre part, des cotisations et contributions dues au titre des salariés intéressés.

La Caisse nationale des allocations familiales tient, pour chacun des organismes et services précités, un compte enregistrant, d'une part, la fraction des cotisations et contributions dues par ces organismes et services qui est affectée au fonds national des prestations familiales par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-8 et, d'autre part, les prestations servies par leurs soins. La périodicité et les modalités de règlement du solde de ce compte sont fixées par l'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article.

Section 4 : Agence centrale des organismes de sécurité sociale et unions de recouvrement.

Article R252-30

Les dépenses et les recettes concernant le Fonds national de la gestion administrative donnent lieu à l'établissement d'un budget par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale. Celle-ci communique ce budget au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Article R252-31

Les unions de recouvrement établissent par exercice :

1°) un état prévisionnel des recettes provenant des opérations de recouvrement des cotisations et des majorations de retard ;

2°) un budget de gestion administrative dans les conditions fixées par les articles L. 153-2, L. 153-4, L. 153-5, R. 122-3.

Article R252-32

La comptabilité des unions de recouvrement doit permettre de suivre distinctement les opérations afférentes, d'une part, au recouvrement des cotisations et des majorations de retard et, d'autre part, à la gestion administrative.

Article R252-33

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale attribue aux unions de recouvrement, par imputation sur le Fonds national de la gestion administrative, les dotations dont elles doivent disposer pour couvrir leurs dépenses de gestion administrative.

Article R252-34

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative d'une union de recouvrement présente un excédent, ce dernier est viré au Fonds national de la gestion administrative prévu à l'article R. 251-33.

Article R252-35

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative est déficitaire, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, au vu des explications fournies par l'union, examine les causes du déficit, arrête les mesures propres à assurer le redressement et fixe le délai dans lequel ces mesures doivent être prises.

En vue de la couverture totale ou partielle du déficit, elle peut soit accorder une subvention spéciale, soit décider l'amortissement de tout ou partie du déficit sur les budgets de gestion ultérieurs.

L'agence centrale notifie sa décision à l'union intéressée.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 3 : Gestion financière

Article R253-1

Le délai prévu à l'article L. 253-1 est fixé à huit jours à compter de la mise en demeure adressée à l'union de recouvrement.

L'autorité compétente pour exercer les pouvoirs prévus audit article est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Article R253-2

Les opérations financières et comptables exécutées par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, par application des dispositions de l'article R. 215-2 sont régies par le décret prévu à l'article L. 256-2.

Section 2 : L'agent comptable

Sous-section 2 : Responsabilité pécuniaire de l'agent comptable

Paragraphe 3 : Responsabilité en matière de règlement des dépenses.

Article R253-3

Toute décision de caractère individuel prise en matière de gestion du personnel est communiquée à l'agent comptable qui porte mention de la disponibilité des crédits correspondants et de sa conformité aux autorisations budgétaires.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 5 : Trésorerie

Article R255-1

Les états prévisionnels de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de chacune des branches du régime général sont établis chaque année pour l'année suivante par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale. Chaque état présente la situation quotidienne de trésorerie de l'agence ou de la branche considérée. Ces états sont transmis aux caisses nationales gestionnaires des branches avant le 5 décembre de l'année.

Les prévisions de recettes et de dépenses retenues pour l'établissement de ces états prévisionnels de trésorerie sont fondées sur les hypothèses économiques retenues dans le rapport annexé au projet de loi de finances prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 relative aux lois de finances, ainsi que dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. Elles tiennent compte des effets sur la trésorerie de l'ensemble des mesures législatives et réglementaires alors en vigueur, ainsi que des mesures prévues dans les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant des votes intervenus avant la date mentionnée au premier alinéa ci-dessus.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure un suivi permanent de ces états prévisionnels et actualise périodiquement ses prévisions sur la base des informations dont elle dispose. Les modifications résultant de cette actualisation sont portées à la connaissance des caisses nationales mentionnées au premier alinéa ci-dessus.

Article R255-2

Au vu des états prévisionnels de trésorerie définis à l'article précédent, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale détermine le montant prévisionnel des excédents durables de trésorerie.

Ce montant est celui du plus petit solde prévisionnel quotidien de trésorerie globalement constaté pour l'ensemble des branches dans le cadre de l'exercice annuel, à condition que ce solde soit positif.

Ce montant est réparti par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale entre les branches dont l'état prévisionnel établi dans les conditions prévues à l'article R. 255-1 fait apparaître un solde annuel moyen positif.

Cette répartition est effectuée en fonction de l'importance relative des soldes annuels moyens positifs de chacune des branches bénéficiaires de la répartition.

Le conseil d'administration de chaque caisse nationale décide, à partir des propositions de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et avant le 31 décembre de chaque année pour l'année suivante, du

placement, dans les conditions prévues à l'article R. 255-4, de la part des excédents durables qui a été affectée à chacune des branches qu'il gère.

Article R255-3

Si, à une date donnée, la prévision actualisée du solde de trésorerie constaté pour l'ensemble des branches, établie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le dixième jour ouvré suivant, est inférieure au montant des excédents durables placés, le montant des placements mentionnés à l'article précédent est réduit à due concurrence par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Le nouveau solde minimum de trésorerie ainsi établi se substitue alors jusqu'à la fin de l'année civile au solde minimum établi dans les conditions prévues à l'article R. 255-2.

Article R255-4

Le placement des excédents durables de trésorerie définis à l'article R. 255-2 est effectué par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le compte des caisses nationales concernées.

Ces placements peuvent être réalisés en valeurs d'Etat, en valeurs garanties par l'Etat ou en valeurs mobilisables dans des conditions déterminées par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'économie.

Les autres disponibilités font l'objet de placements en cours d'année par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions définies par le même arrêté.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale effectue ces placements par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts et consignations, qui est en outre chargée de la gestion des valeurs.

Article R255-5

Les conventions conclues en application de l'article L. 225-1-3 fixent notamment les conditions tarifaires du dépôt de trésorerie, les conditions dans lesquelles s'effectuent les tirages, la nature et la périodicité des échanges d'informations entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'organisme concerné, ainsi que la durée et les conditions de révision et de dénonciation de la convention. La trésorerie de l'organisme ne peut en aucun cas être négative.

Article R255-6

Le solde comptable de la trésorerie de chacune des branches gérées par les caisses nationales est établi quotidiennement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et communiqué chaque jour à la caisse nationale concernée.

Les soldes comptables journaliers portent intérêt au taux moyen annuel défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Cet arrêté tient compte des conditions effectives de financement supportées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article R255-7

Les intérêts créditeurs et débiteurs mentionnés à l'article R. 255-6, la rémunération mentionnée à l'article L. 225-1-3 et les intérêts issus de la gestion de trésorerie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale font l'objet d'inscriptions spécifiques dans les comptes de l'agence, conformément aux dispositions du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

En fin d'exercice, le solde de ces opérations est réparti entre les branches selon les mêmes modalités que celles fixées pour les prélèvements mentionnés à l'article L. 225-6. Il constitue un produit financier pour les branches.

Article R255-7-1

Les frais afférents à la gestion du compte unique de disponibilités courantes ouvert au nom de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations sont répartis entre les branches gérées par les caisses nationales selon la clé de répartition utilisée pour l'application de l'article L. 225-6.

Article R255-8

Pour la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, les attributions conférées par le présent chapitre au conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont exercées par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 6 : Dispositions communes - Dispositions diverses.

Article R256-1

Sous réserve des dispositions de l'article R. 114-6-1, des dispositions particulières des chapitres Ier, II et VI du présent titre et des dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 225-1, les caisses nationales et l'agence centrale sont soumises aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Toutefois, le compte financier est établi par l'agent comptable, arrêté par le directeur et approuvé lors de la même séance du conseil d'administration que celle qui approuve les comptes annuels et les comptes combinés.

Article R256-2

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixent en tant que de besoin les modalités particulières de fonctionnement financier et comptable des trois caisses nationales et de l'agence centrale.

Article R256-6

Le produit des pénalités ou majorations prévues aux articles R. 243-16 et R. 243-18 est réparti entre les quatre branches gérées par les caisses nationales au prorata des cotisations qui leur sont affectées.

Article R256-7

Le conseil d'administration de chacune des caisses nationales affecte soit au fonds national d'action sanitaire et sociale, soit au fonds national de gestion administrative de cette caisse, les produits du patrimoine de la caisse, ainsi que les intérêts créditeurs, le produit des placements et les majorations prévus respectivement aux articles R. 256-3 à R. 256-6.

Article R256-8

Des régies de recettes et de dépenses peuvent être créées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R256-9

Les organismes de sécurité sociale sont tenus de se faire ouvrir un ou plusieurs comptes externes de disponibilités à la Caisse des dépôts et consignations ou auprès de ses préposés.

Ils peuvent également se faire ouvrir de tels comptes à la Banque de France et dans les banques agréées.

Les modalités d'ouverture et de gestion des comptes externes de disponibilités sont fixées en application de l'article L. 256-2.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget détermine les conditions de fixation du montant maximum de l'encaisse en numéraire. Le même arrêté fixe le plafond des disponibilités qui peuvent être déposées aux comptes mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 1er : Dispositions générales

Article R261-1

Le ministre chargé de la sécurité sociale arrête les programmes suivant lesquels s'exerce l'action sanitaire et sociale des caisses primaires et de la Caisse nationale d'assurance maladie, de la Caisse nationale des allocations familiales, des caisses d'allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

En ce qui concerne les caisses primaires d'assurance maladie, le programme ne peut autoriser qu'à titre exceptionnel le financement d'opérations d'investissements.

Article R261-2

Les programmes prévus aux articles L. 221-1 et L. 262-1 sont arrêtés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 2 : Action sanitaire et sociale dans la branche "maladie"

Article R262-1

Le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale de l'assurance maladie a pour objet :

1°) l'attribution à chaque caisse primaire d'assurance maladie et à chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'une dotation annuelle destinée à alimenter en recettes le budget d'action sanitaire et sociale de la caisse et calculée dans les conditions prévues par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-1 ;

2°) la couverture des dépenses d'action sanitaire et sociale propres à la caisse nationale. Ces dépenses ont pour objet :

a. l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement et la gestion d'établissements sanitaires et sociaux rentrant dans les catégories définies par le programme mentionné à l'article R. 261-1 et ayant valeur d'exemple ;

b. la création, le développement, la gestion d'institutions, d'oeuvres ou de services d'intérêt national relatifs à la lutte contre la maladie ;

c. l'attribution de subventions ou de prêts aux institutions ou oeuvres à caractère national ;

d. l'attribution de subventions aux services ou institutions chargés de l'enseignement, de l'information et de la documentation sur la sécurité sociale.

Article R262-1-1

Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires a pour objet :

1°) De couvrir les dépenses de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en matière de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ;

2°) De verser au fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique et, à Saint-Pierre-et-Miquelon, à la caisse générale de sécurité sociale, les crédits destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, dans les conditions prévues par l'article L. 1434-6 du code de la santé publique ;

3°) D'attribuer à chaque caisse primaire d'assurance maladie et à chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail une dotation annuelle de crédits destinée à alimenter en recettes son budget de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.

Article R262-2

Compte tenu de la dotation qui lui est attribuée par la caisse nationale, chaque caisse primaire d'assurance maladie établit annuellement son budget d'action sanitaire et sociale qui est communiqué à la caisse nationale. La caisse nationale peut, en fonction des renseignements recueillis dans l'exercice de son droit d'inspection et dans le cadre de sa mission de coordination, imposer à une caisse primaire de lui soumettre pour approbation son budget d'action sanitaire et sociale de l'année suivante.

Le cas échéant, les budgets rectificatifs établis en cours d'exercice sont soumis à la même procédure.

Article R262-2-1

Compte tenu de la dotation qui lui est attribuée par la Caisse nationale de l'assurance maladie dans les conditions fixées à l'article R. 262-1-1, chaque caisse primaire d'assurance maladie et à chaque caisse d'assurance retraite et de la santé au travail établit son budget de prévention, d'éducation et d'information sanitaires qui est communiqué pour avis à la caisse nationale. Le cas échéant, les budgets rectificatifs établis en cours d'exercice sont soumis à la même procédure.

Article R262-3

Avant le début de chaque exercice, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail préparent un budget d'action sanitaire et sociale qui est transmis à la caisse nationale. La caisse nationale approuve le budget ; dans le cadre de sa mission de coordination, elle peut demander à la caisse d'y apporter des modifications.

Le cas échéant, les budgets rectificatifs établis en cours d'exercice sont soumis à la même procédure.

Article R262-4

Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail peuvent, au profit de leurs ressortissants et dans le cadre des programmes mentionnés à l'article R. 261-1, soit créer

toutes oeuvres ou institutions sanitaires et sociales, soit gérer toutes oeuvres ou institutions de même nature ou participer à leur gestion.

Des accords peuvent intervenir entre plusieurs caisses d'assurance maladie, soit pour créer ou gérer en commun des services, oeuvres ou institutions sanitaires et sociales, soit pour faire bénéficier les ressortissants de certaines d'entre elles des avantages accordés par les oeuvres ou institutions sanitaires et sociales créées par les autres.

Article R262-5

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et, le cas échéant, les caisses primaires d'assurance maladie ne peuvent créer des établissements de santé avec hébergement qu'avec l'autorisation du ministre chargé de la sécurité sociale.

En ce qui concerne les établissements de santé sans hébergement, et dont la création n'est pas soumise à l'autorisation ministérielle préalable en application d'une réglementation particulière, l'autorisation prévue à l'alinéa précédent est donnée par la Caisse nationale de l'assurance maladie. Toutefois, ces établissements ne peuvent entrer en fonctionnement qu'après approbation par le ministre chargé de la sécurité sociale d'un règlement déterminant les modalités de leur gestion administrative, financière, technique et médicale et sous réserve de respecter la réglementation générale applicable en la matière.

Article R262-7

Les opérations d'acquisition, de construction ou d'aménagement d'immeubles en vue de la réalisation d'établissements de santé des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ou de leurs unions sont soumises à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

Les opérations d'acquisition, de construction ou d'aménagement d'immeubles en vue de la réalisation d'établissements sociaux ou médico-sociaux des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont soumises à l'autorisation du préfet de département.

Les mêmes opérations sont soumises à l'autorisation de la caisse nationale pour les établissements ou oeuvres des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ou de leurs unions dont le budget est soumis à son approbation en application de l'article L. 153-2.

Article R262-8

Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail peuvent accorder des prêts ou des subventions à des oeuvres ou institutions sanitaires et sociales qui rentrent dans les catégories définies par les programmes. L'attribution de ces prêts ou subventions est soumise aux règles fixées par l'article 9 du décret n° 68-327 du 5 avril 1968.

Article R262-9

Les caisses primaires d'assurance maladie peuvent servir des prestations supplémentaires à leurs ressortissants dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis de la caisse nationale.

Article R262-10

Les dispositions qui précèdent sont applicables aux oeuvres ou institutions créées ou gérées par des unions ou fédérations de caisses.

Article R262-11

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail organisent le service social pour l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie de leur circonscription.

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail peuvent, à la demande de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, assurer le service social pour les personnes âgées de leur circonscription.

Le chef du service social régional est nommé par le directeur de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Le service social est assuré, dans chaque secteur géographique, par des assistantes sociales, nommées par le directeur de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur la proposition du chef du service social régional, et, le cas échéant, après avis du directeur de la caisse primaire.

Les caisses primaires peuvent disposer d'assistantes sociales en vue d'assurer la liaison, dans chaque secteur territorial, entre le service social régional et la caisse intéressée.

Les assistantes sociales doivent obligatoirement remplir les conditions exigées pour l'exercice de la profession. Le conseil d'administration de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail fixe, sur proposition du chef du service social régional, les règles de fonctionnement du service social dans la région.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 3 : Action sociale dans la branche "prestations familiales"

Article R263-1

Le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales a pour objet :

1°) l'attribution à chaque caisse d'allocations familiales d'une dotation annuelle destinée à alimenter en recettes le budget d'action sanitaire et sociale de la caisse et calculée dans les conditions prévues par l'arrêté pris en application de l'article L. 251-8 ;

2°) l'attribution éventuelle de subventions ou de prêts aux caisses d'allocations familiales à titre de participation supplémentaire à l'exécution de leurs opérations d'investissements portant sur l'action sanitaire et sociale ;

3°) la couverture des dépenses d'action sanitaire et sociale propres à la caisse nationale. Ces dépenses ont pour objet :

a. L'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement et la gestion d'établissements intéressant la famille et l'enfance, entrant dans les catégories définies par le programme mentionné à l'article R. 261-1 et ayant valeur d'exemple ;

b. l'attribution de subventions ou de prêts à des institutions ou oeuvres à caractère national ;

c. l'attribution de subventions aux services ou institutions chargés de l'enseignement, de l'information et de la documentation sur la sécurité sociale ;

d. les budgets d'action sanitaire et sociale des caisses d'allocations familiales sont soumis aux mêmes règles que les budgets des caisses primaires d'assurance maladie. Toutefois, les dépenses relatives à des opérations d'investissements font l'objet d'un budget spécial qui est, en outre, obligatoirement soumis à l'approbation de la caisse nationale.

Article R263-2

Les articles R. 262-4 à R. 262-10 sont applicables à l'action sanitaire et sociale des caisses d'allocations familiales.

Dans le cadre de cette action, lesdites caisses peuvent organiser un service social.

Les caisses d'allocations familiales peuvent constituer avec des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des unions ou fédérations en vue de la création ou de la gestion en commun d'oeuvres ou d'institutions sanitaires et sociales.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 4 : Action sanitaire et sociale dans la branche "vieillesse"

Article R264-1

Pour l'exercice de son action sanitaire et sociale, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dispose d'un fonds d'action sanitaire et sociale qui a pour objet :

1°) l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement ou la gestion de tous établissements sanitaires et sociaux rentrant dans les catégories définies par les programmes mentionnés à l'article R. 261-1 ;

2°) des investissements sous forme de subventions, prêts ou prises de participation dans des réalisations immobilières intéressant l'accueil, le logement et l'hébergement des personnes âgées ;

3°) l'attribution de subventions ou de prêts à des institutions ou oeuvres de caractère national ou local chargées de recherche, d'information ou de formation de personnel spécialisé, ou d'autres formes de réalisations sociales en faveur des personnes âgées ;

4°) le financement des dépenses renouvelables, directement entraînées par le logement des personnes âgées, notamment dans des immeubles réalisés avec l'aide de la caisse nationale et la prise en charge des dépenses résultant de la mise en oeuvre et du développement de toutes autres formes d'action sociale en faveur des personnes âgées.

Le programme mentionné à l'article R. 261-1 définit les modalités et proportions respectives de ces investissements et financements et énumère les diverses formes d'action sociale que la Caisse nationale d'assurance vieillesse peut entreprendre en faveur des personnes âgées.

Article R264-2

La caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg exerce en faveur des personnes âgées de sa circonscription une action sanitaire et sociale dans le cadre défini à l'article R. 264-1.

Avant le début de chaque exercice, elle transmet à la caisse nationale pour approbation son budget d'action sanitaire et sociale .

La Caisse nationale d'assurance vieillesse peut demander à la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg d'apporter des modifications à son budget.

Article R264-3

La Caisse nationale d'assurance vieillesse peut faire appel au concours des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail pour qu'elles exercent pour son compte une action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées de leur circonscription.

Les projets de budget établis à cet effet par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont transmis à la Caisse nationale d'assurance vieillesse qui peut y apporter toutes modifications.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse fixe, pour chaque forme d'action sanitaire et sociale, les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail exécutent les budgets.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Article R265-1

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les caisses d'allocations familiales peuvent, dans le cadre de la réglementation relative à la liaison et à la coordination des services sociaux, conclure des accords soit entre elles, soit avec le service social départemental, soit avec les organismes publics ou privés en vue de coordonner l'action de leurs services sociaux, soit en utilisant les services sociaux à la disposition de ceux-ci, soit en créant un comité de gestion et un secrétariat communs.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 3 : Surveillance des obligations des employeurs et des bénéficiaires.

Article R273-1

L'autorité compétente pour exercer les pouvoirs prévus par l'article L. 273-1 est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 8 : Contrôle de l'administration - Dispositions d'application du livre 2

Chapitre 1er : Contrôle sur les organismes locaux et régionaux.

Article R281-1

Les pouvoirs définis à l'article L. 281-2, sont exercés par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Le délai prévu au même article est fixé à huit jours à compter de la mise en demeure restée sans effet du conseil d'administration ou du directeur de l'organisme.

Article R281-2

L'autorité compétente pour exercer les pouvoirs de suspension, de dissolution ou de révocation prévus à l'article L. 281-3 est le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R281-3

L'administrateur provisoire mentionné au 1° de l'article L. 281-3 peut être choisi parmi les fonctionnaires en activité.

Article R281-4

Les statuts et les règlements intérieurs des organismes mentionnés à l'article L. 281-4, ainsi que leurs modifications, sont soumis à l'approbation du responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 qui dispose d'un délai de trente jours à compter de la date de réception pour s'y opposer. Passé ce délai, ces documents sont considérés comme approuvés.

L'approbation initiale des statuts d'un organisme de sécurité sociale est donnée par l'arrêté d'enregistrement dudit organisme.

Article R281-6

L'autorité compétente pour l'exercice des pouvoirs prévus à l'article L. 281-5 est le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R281-7

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 peut recevoir délégation du ministre chargé de la sécurité sociale en vue d'annuler, en application de l'article L. 151-1, les décisions des conseils d'administration et des directeurs de tous organismes de sécurité sociale non nationaux.

Article R281-9

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 153-1, les décisions entraînant un dépassement des autorisations résultants du budget primitif et, le cas échéant, du ou des budgets rectificatifs, devront obligatoirement mentionner l'origine des crédits affectés au financement des dépenses nouvelles et indiquer leur incidence éventuelle sur les comptes présentant un caractère limitatif dont la liste sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R281-10

La période mentionnée au premier alinéa de l'article L. 281-7 est fixée à un an.

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 281-7 est le ministre compétent ou l'autorité déléguée par lui à cette fin.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 2 : Organisation du régime général - Action de prévention - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 8 : Contrôle de l'administration - Dispositions d'application du livre 2

Chapitre 2 : Contrôle sur les organismes nationaux.

Article R282-1

Les caisses nationales, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'agence centrale sont soumises au contrôle économique et financier de l'Etat dans les conditions fixées par le décret n° 55-733 du 26 mai 1955 modifié.

Article R282-2

L'autorité compétente pour approuver le règlement intérieur de chaque caisse nationale et de l'agence centrale est le ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1 : Champ d'application des assurances sociales

Article R311-1

Le délai, prévu au premier alinéa de l'article L. 311-5, pendant lequel un assuré qui ne remplit pas, après sa reprise d'activité, les conditions d'ouverture du droit à prestations prévues à l'article L. 313-1 continue à bénéficier des droits aux prestations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès acquis auprès du régime obligatoire dont il relevait antérieurement, est fixé à trois mois à compter de la date de cette reprise d'activité.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 2 : Affiliation - Immatriculation.

Article R312-1

Sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires et sous réserve des dispositions du deuxième alinéa ci-dessous, les assurés sociaux relevant du régime général de sécurité sociale sont affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle ils ont leur résidence habituelle.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut apporter à la règle énoncée au premier alinéa ci-dessus des dérogations motivées par la nature de l'activité des assurés, par la résidence hors de France, ou par l'appartenance au régime applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ou par la durée du séjour de personnes âgées dans les établissements mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Dans ce dernier cas, la durée minimale de séjour fixée par l'arrêté ne peut être inférieure à six mois.

Article R312-2

Pour le paiement de leurs prestations, les assurés sociaux choisissent le service local ayant leur préférence parmi ceux qui sont habilités à cet effet, la caisse d'affiliation étant, en tout état de cause, celle prévue par l'article R. 312-1.

Article R312-4

L'immatriculation au régime général s'effectue obligatoirement et sous les sanctions prévues aux articles L. 244-1 et suivants à la diligence de l'employeur, dans le délai de huitaine qui suit l'embauchage de toute personne non encore immatriculée et remplissant les conditions prévues aux articles L. 311-2 et suivants.

Elle est opérée par la caisse primaire d'assurance maladie compétente aux termes de l'article R. 312-1. Cette caisse immatricule l'assuré et lui remet une carte individuelle du modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R312-5

En ce qui concerne les travailleurs mentionnés à l'article L. 311-3, les obligations incombant à l'employeur sont mises :

1°) Dans les cas prévus aux 1°, 2°, 3° et 9° dudit article, à la charge du chef d'établissement ou du chef d'entreprise ;

2°) Dans les cas prévus aux 7° et 8° dudit article, à la charge des personnes ou sociétés qui fournissent les voitures, des exploitations et des concessionnaires ;

3°) Dans les cas prévus au 10° dudit article, à la charge des parents, de l'administration ou de l'oeuvre intéressée ;

4°) Dans les cas prévus au 20° dudit article, à la charge de l'entreprise partie au contrat conclu avec l'intéressé à l'exception de l'obligation de déclaration prévue à l'article R. 312-8 ;

5°) Dans les cas prévus au 25° de cet article, à la charge de la personne morale mentionnée à l'article L. 127-1 du code de commerce.

Article R312-6

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le modèle de la déclaration qui incombe à l'employeur ou assimilé par application de l'article R. 312-4.

Article R312-7

L'immatriculation s'effectue à la diligence des assurés lorsqu'ils relèvent d'un employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement dans la métropole.

Article R312-8

Sont tenues d'établir une déclaration conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale les personnes non encore immatriculées qui travaillent, soit pour plusieurs employeurs, soit occasionnellement ou par intermittence pour le compte d'un même employeur lorsqu'elles remplissent les conditions prévues aux articles L. 311-2 et L. 311-3.

Cette déclaration est adressée par les intéressés dans la huitaine qui suit le commencement de leur travail, à la caisse primaire d'assurance maladie compétente aux termes de l'article R. 312-1.

Article R312-9

Les personnes mentionnées à l'article R. 312-8 sont tenues de faire connaître à chacun de leurs employeurs le numéro national d'identification sous lequel elles sont inscrites à un régime obligatoire d'assurance.

Article R312-10

Faute par l'employeur ou par la personne relevant de l'assurance obligatoire d'avoir satisfait aux obligations prévues respectivement par les articles R. 312-4, R. 312-5, R. 312-7 et R. 312-8, l'immatriculation peut être effectuée par la caisse primaire d'assurance maladie, soit de sa propre initiative, soit, suivant le cas, à la requête de l'intéressé lorsque la demande incombe à l'employeur ou à la requête de ce dernier lorsque la demande incombe à l'intéressé.

Article R312-11

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale précisent les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie procèdent à l'immatriculation des assurés et à la vérification des renseignements fournis à cet égard, tant par les employeurs que par les salariés.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 3 : Droit aux prestations (maladie, maternité, congé de paternité, invalidité, décès).

Article R313-1

Les conditions d'ouverture du droit prévues à l'article L. 313-1 sont appréciées en ce qui concerne :

1°) (abrogé)

2°) les prestations en espèces de l'assurance maladie, au jour de l'interruption de travail ;

3°) les prestations en espèces de l'assurance maternité, au début du 9^e mois avant la date présumée de l'accouchement ou à la date du début du repos prénatal ;

4°) Les prestations en espèces de l'assurance maternité servies en cas d'adoption, à la date du début du congé d'adoption ;

5° Les prestations en espèces de l'assurance maternité servies en cas de congé de paternité, à la date du début de ce congé ;

6°) La prestation de l'assurance décès, à la date du décès.

Article R313-3

1° Pour avoir droit aux indemnités journalières de l'assurance maladie pendant les six premiers mois d'interruption de travail, aux allocations journalières de maternité et aux indemnités journalières de l'assurance maternité, l'assuré social doit justifier aux dates de référence prévues aux 2° et 3° de l'article R. 313-1 :

a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les six mois civils précédents est au moins égale au

montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 1 015 fois la valeur du salaire minimum de croissance au premier jour de la période de référence ;

b) Soit avoir effectué au moins 150 heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois mois civils ou des quatre-vingt-dix jours précédents.

L'assuré doit en outre justifier de dix mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement pour bénéficier des indemnités journalières de l'assurance maternité.

2° Lorsque l'arrêt de travail se prolonge sans interruption au-delà du sixième mois, l'assuré social, pour avoir droit aux indemnités journalières après le sixième mois d'incapacité de travail, doit avoir été immatriculé depuis douze mois au moins à la date de référence prévue au 2° de l'article R. 313-1.

Il doit justifier en outre :

a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les douze mois civils précédant l'interruption de travail est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède immédiatement le début de cette période ;

b) Soit qu'il a effectué au moins 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des douze mois civils ou des 365 jours précédant l'interruption de travail.

Article R313-3-1

En cas de redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire mis en recouvrement conformément aux dispositions de l'article L. 242-1-2, les conditions d'ouverture des droits du salarié intéressé mentionnées à l'article L. 313-1 sont fixées sur la base d'une fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-1 du code du travail en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé.

Article R313-4

Pour avoir droit à l'indemnité journalière de repos prévue à l'article L. 331-7, l'assuré ou l'assurée doit justifier :

a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il ou elle a perçues pendant les six mois civils précédant la date d'arrivée de l'enfant au foyer est au moins égale au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égale à 1 015 fois la valeur du salaire minimum de croissance au premier jour de la période de référence ;

b) Soit qu'il ou elle a effectué au moins 150 heures de travail salarié ou assimilé au cours des trois mois civils ou des trois mois précédant la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

Il ou elle doit, en outre, justifier de dix mois d'immatriculation à la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

Pour permettre le service de l'indemnité journalière de repos, il est remis à l'assuré ou à l'assurée, par le service départemental de l'aide sociale à l'enfance ou par l'oeuvre d'adoption autorisée, une attestation justifiant qu'un enfant lui est confié en vue de son adoption et précisant la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

Article R313-5

Pour invoquer le bénéfice de l'assurance invalidité, l'assuré social doit avoir été immatriculé depuis douze mois au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme. Il doit justifier en outre :

- a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les douze mois civils précédant l'interruption de travail est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède la période de référence ;
- b) Soit qu'il a effectué au moins 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours des douze mois civils ou des 365 jours précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Article R313-6

Pour ouvrir droit à l'assurance décès, l'assuré social doit justifier à la date du décès d'une des conditions suivantes :

1° Soit le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant un mois civil ou trente jours consécutifs est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à soixante fois la valeur du salaire minimum de croissance en vigueur au premier jour du mois de référence ;

2° Soit il a effectué au moins soixante heures de travail salarié ou assimilé au cours d'un mois civil ou de trente jours consécutifs ;

3° Soit le montant des cotisations mentionnées au a et assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant trois mois civils est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 120 fois la valeur du salaire minimum de croissance en vigueur au premier jour des trois mois de référence ;

4° Soit il a effectué au moins 120 heures de travail salarié ou assimilé pendant trois mois civils ou trois mois de date à date ;

5° Soit le montant des cotisations mentionnées au a et assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant cette année civile est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 400 fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier de l'année de référence ;

6° Soit il a effectué au moins 400 heures de travail salarié ou assimilé au cours de cette même année civile.

Article R313-7

Les assurés appartenant aux professions à caractère saisonnier ou discontinu et qui ne remplissent pas les conditions de montant de cotisations ou de durée de travail prévues aux articles R. 313-3 à R. 313-6 ont droit et ouvrent droit aux prestations mentionnées auxdits articles s'ils justifient :

- a) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les rémunérations qu'ils ont perçues au cours des douze mois civils est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 030 fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède immédiatement le début de cette période ;
- b) Soit qu'ils ont effectué au moins 600 heures de travail salarié ou assimilé au cours de douze mois civils ou de 365 jours consécutifs.

Ces dispositions s'appliquent également aux assurés occupant des emplois entrant dans le champ des services à la personne définis à l'article L. 7231-1 du code du travail et rémunérés par chèque emploi-service universel conformément au 1° de l'article L. 1271-1 du même code.

Article R313-8

Pour l'ouverture du droit aux prestations prévues par les articles R. 313-3 à R. 313-6 ci-dessus, est considérée comme équivalant à six fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à six heures de travail salarié :

1°) chaque journée indemnisée au titre de la maladie, de la maternité, de la paternité ou de l'invalidité ainsi que chaque journée de perception de l'allocation journalière de maternité à l'exclusion des journées indemnisées en application des articles L. 161-8 et L. 311-5 ;

2°) chaque journée d'interruption de travail due à la maladie au titre de laquelle l'assuré n'a pas perçu l'indemnité journalière de l'assurance maladie soit parce qu'elle est comprise dans les trois premiers jours de l'incapacité de travail, à condition que l'arrêt de travail ait donné lieu par la suite à l'attribution d'indemnités journalières, soit parce que l'assuré a épuisé ses droits à indemnisation tels qu'ils sont fixés par les articles L. 323-1 et R. 323-1, à condition que l'incapacité physique de reprendre ou de continuer le travail soit reconnue par le médecin conseil ;

3°) chaque journée d'incapacité temporaire donnant lieu au versement des indemnités journalières au titre de la législation sur les accidents du travail ainsi que chaque journée pendant laquelle l'assuré a perçu, au titre de la même législation, une rente ou allocation correspondant à une incapacité permanente d'au moins 66 2/3 % ;

4°) chaque journée de stage effectuée dans un établissement de rééducation mentionné à l'article R. 481-1 par le titulaire d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail, quel que soit le taux de l'incapacité à laquelle cette rente correspond ;

5°) chaque journée pendant laquelle l'assuré fait l'objet d'une détention provisoire.

Pour l'ouverture du droit aux prestations prévues par les articles R. 313-3 à R. 313-6, chaque journée de perception de l'allocation journalière de présence parentale est considérée comme équivalant à quatre fois la

valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à quatre heures de travail salarié.

Article R313-9

Pour l'ouverture du droit aux prestations prévues aux articles R. 313-3 à R. 313-6 ci-dessus, est considérée comme équivalant à huit fois la valeur du salaire minimum de croissance au 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence ou à huit heures de travail salarié chaque journée de congé formation pour laquelle le bénéficiaire n'a reçu aucune rémunération de son employeur, le nombre des journées décomptées ne pouvant être supérieur à cinq pour une semaine de stage.

Article R313-10

La détermination du droit aux prestations en espèces, en application des dispositions des articles L. 313-1 et L. 341-2, est effectuée au vu de l'attestation prévue à l'article R. 323-10.

Toutefois, en ce qui concerne la prise en charge des frais de santé, l'attestation ci-dessus mentionnée pourra être remplacée par les pièces prévues à l'article L. 143-3 du code du travail, à condition que ces pièces portent la mention du numéro sous lequel l'employeur effectue le versement des cotisations de sécurité sociale dues pour les travailleurs qu'il emploie, ainsi que du nom et de l'adresse de l'organisme auquel l'employeur verse ces cotisations.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modalités selon lesquelles l'assuré qui demande le bénéfice des prestations doit justifier qu'à la date à laquelle est survenu le fait ouvrant droit aux prestations il avait la qualité de salarié ou assimilé au sens de la législation sur les assurances sociales.

Article R313-14

Dans le cas prévu par l'article R. 313-15, le versement des prestations peut être obtenu par le tuteur aux allocations familiales sur la présentation, à défaut des documents mentionnés aux premier et deuxième alinéas de l'article R. 313-10, d'une attestation délivrée par la caisse d'allocations familiales et établissant qu'il a perçu lesdites allocations pour le mois écoulé. Cette attestation peut également être considérée comme une justification suffisante lorsque la charge de l'enfant est assumée par le conjoint séparé de droit ou de fait d'un assuré et que ce conjoint déclare n'être pas en mesure de produire les documents mentionnés aux premier et deuxième alinéas de l'article R. 313-10.

Article R313-15

En cas de soins dispensés à un enfant d'assuré, la part garantie par les caisses est remboursée au tuteur aux allocations familiales lorsque celui-ci a fait l'avance des frais et à la condition qu'il justifie, d'une part, des dépenses engagées par lui, d'autre part, du fait que l'assuré remplit les conditions d'ouverture du droit aux prestations. Lorsque l'enfant a été confié par décision judiciaire à un établissement, un service ou une personne, ceux-ci ont droit, dans les mêmes conditions, au remboursement des frais engagés.

Article R313-17

L'attestation des journées de chômage indemnisées pour chaque assuré doit être délivrée à celui-ci ou à la caisse de celui-ci par l'organisme qui assure l'indemnisation.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 5 : Contrôle médical

Article R315-1

I.-Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un établissement de santé en application du III de l'article L. 315-1, les résultats de cette analyse sont communiqués au directeur de l'établissement concerné ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé.

II.-Lorsque le service du contrôle médical vérifie le respect des références professionnelles et des recommandations de bonne pratique mentionnées à l'article L. 162-12-15, il informe de ses conclusions le professionnel concerné ainsi que, le cas échéant, la commission médicale d'établissement mentionnée à l'article L. 714-16 du code de la santé publique, la commission médicale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 715-8 ou la conférence médicale mentionnée à l'article L. 715-12 du même code, ainsi que le directeur de l'établissement concerné et le directeur général de l'agence régionale de santé.

Les informations couvertes par le secret médical sont communiquées à la commission ou à la conférence médicale concernée ainsi qu'au médecin inspecteur de santé publique à l'échelon départemental et régional (1).

III.-Lorsque, à l'occasion de l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé effectuée en application du IV de l'article L. 315-1, le service du contrôle médical constate le non-respect de dispositions législatives ou réglementaires régissant la prise en charge des frais médicaux au titre des risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, ou de règles de nature législative, réglementaire ou conventionnelle que les professionnels sont tenus d'appliquer dans leur exercice, les procédures prévues notamment aux articles L. 133-4 et L. 145-1, au 4° du deuxième alinéa de l'article L. 162-9, à l'article L. 162-12-6, au 6° du deuxième alinéa de l'article L. 162-12-9 et aux articles L. 162-12-16 et L. 315-3 sont mises en oeuvre.

Le service du contrôle médical exerce ses missions dans les conditions définies par le présent chapitre et par le chapitre 6 du titre VI du livre Ier.

IV.-Lorsque le service du contrôle médical constate qu'une prescription établie par un professionnel de santé a exclu la possibilité de substitution prévue au deuxième alinéa de l'article L. 512-3 du code de la santé publique, il peut se faire communiquer par ce professionnel, dans le respect des règles de la déontologie médicale, les éléments de toute nature relatifs à cette exclusion ; cette communication est éventuellement suivie de la mise en oeuvre de la procédure prévue à l'article R. 315-1-2.

Article R315-1-1

Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article L. 315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité.

Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients. Il en informe au préalable le professionnel, sauf lorsque l'analyse a pour but de démontrer l'existence d'une fraude telle que définie à l'article R. 147-11, d'une fraude en bande organisée telle que définie à l'article R. 147-12 ou de faits relatifs à un trafic de médicaments. Un bilan annuel des cas où le professionnel n'a pas été informé préalablement, incluant les suites données pour chaque cas, est adressé aux conseils nationaux des ordres concernés par chaque caisse nationale.

Article R315-1-2

A l'issue de cette analyse, le service du contrôle médical informe le professionnel concerné de ses conclusions. Lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect de règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes de sécurité sociale, il en avise la caisse. La caisse notifie au professionnel les griefs retenus à son encontre, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Dans le délai d'un mois qui suit la notification des griefs, l'intéressé peut demander à être entendu par le service du contrôle médical.

Article R315-1-3

Lorsque la caisse décide de suspendre le service d'une prestation en application de l'article L. 315-2, cette suspension prend effet à compter de la date de la notification de la décision à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette notification informe l'assuré de la portée de la décision et des recours dont il dispose.

La caisse informe simultanément de cette décision le médecin auteur de l'acte ou de la prescription en cause et, le cas échéant, le professionnel concerné par l'exécution de la prestation.

Article R315-2

Le contrôle médical constitue un service national. Il est confié à des médecins conseils, chirurgiens-dentistes conseils et pharmaciens conseils.

Pour la direction du service du contrôle médical, le directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie est assisté d'un médecin conseil national et de médecins conseils nationaux adjoints. Des praticiens conseils peuvent se voir confier à l'échelon national certaines attributions ou missions d'ordre technique.

Article R315-2-1

Lorsque le service du contrôle médical estime devoir faire application des dispositions de l'article L. 315-2-1, il procède à l'évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins et traitements dispensés à l'assuré y compris les prescriptions d'arrêt de travail, en tenant compte de tous les éléments recueillis auprès des professionnels de santé les ayant prescrits ou dispensés.

S'il apparaît utile, au cours de cette évaluation, de formuler des recommandations sur les soins et les traitements appropriés, y compris les prescriptions d'arrêts de travail, le service du contrôle médical convoque l'assuré qui peut se faire assister par le médecin de son choix.

Les recommandations doivent être transmises dans le délai d'un mois qui suit la convocation.

L'assuré est informé que ces recommandations ne se substituent pas aux prescriptions médicales et n'interrompent pas les traitements et soins en cours.

Article R315-3

Dans chaque région, le contrôle médical est placé sous la direction d'un médecin conseil régional, assisté d'un médecin conseil régional adjoint, et éventuellement de praticiens conseils auxquels il peut confier certaines attributions ou missions d'ordre technique. Le médecin conseil régional et le médecin conseil régional adjoint remplissent les fonctions de conseiller technique des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail de leur région, notamment en matière d'action sanitaire et sociale. Le médecin conseil régional établit, chaque année, le rapport d'activité du contrôle médical pour la région. Ce rapport est adressé à la caisse nationale, au directeur général de l'agence régionale de santé et au ministre chargé de la sécurité sociale.

Le médecin conseil régional ou le médecin conseil régional adjoint est invité aux séances du conseil d'administration de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail et des commissions ayant reçu délégation de ce conseil, sauf lorsque ces organismes délibèrent sur des problèmes individuels concernant le personnel de direction et sur le statut du personnel.

Article R315-4

Chaque échelon local du contrôle médical, dont la circonscription est définie par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, est dirigé par un médecin-conseil chef de service. Le praticien conseil chef de service établit, chaque année, un rapport d'activité qu'il adresse au médecin conseil régional pour transmission à la caisse nationale : ce rapport est communiqué à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle fonctionne l'échelon local du contrôle

médical. La caisse primaire intéressée peut adresser ses observations éventuelles à la caisse nationale : elle peut également saisir, à tout moment, la caisse nationale de ses observations concernant le fonctionnement de l'échelon local du contrôle médical ; elle les communique au médecin conseil régional. Le praticien conseil chef de service est invité aux séances du conseil d'administration de la caisse primaire d'assurance maladie et des commissions ayant reçu délégation de ce conseil, sauf lorsque ces organismes délibèrent sur des problèmes individuels concernant le personnel de direction et sur le statut du personnel.

Article R315-5

Le médecin-conseil national est nommé par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Les médecins-conseils nationaux adjoints sont nommés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis du médecin-conseil national.

Les médecins-conseils régionaux et les médecins-conseils régionaux adjoints sont nommés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur proposition du médecin-conseil national. Ils sont choisis après avis du comité des carrières prévu à l'article R. 123-47-6.

Les praticiens-conseils chefs de service et les praticiens-conseils chargés de certaines attributions ou missions d'ordre technique sont nommés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie sur proposition du médecin-conseil national après avis du médecin-conseil régional intéressé. Ils sont choisis parmi les candidats qui ont fait l'objet d'une inscription sur une liste d'aptitude établie annuellement par le directeur général de la caisse nationale dans des conditions fixées par la convention collective.

Les médecins-conseils, chirurgiens-dentistes-conseils et pharmaciens-conseils reçus aux concours organisés dans les conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale sont nommés par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le directeur général procède aux changements d'affectation soit sur la demande des intéressés, soit dans l'intérêt du service. Il peut déléguer ses pouvoirs au médecin-conseil régional pour procéder aux changements d'affectation sur demande des intéressés à l'intérieur d'un échelon régional du service du contrôle médical.

Article R315-5-1

Par dérogation aux dispositions du quatrième alinéa de l'article R. 315-5, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut nommer aux postes de praticiens-conseils du service du contrôle médical du régime général de sécurité sociale des praticiens-conseils exerçant auparavant dans le service du contrôle médical d'autres régimes de sécurité sociale. Cette nomination tient compte notamment du parcours professionnel des praticiens-conseils concernés.

Article R315-6

Les règles de fonctionnement du service du contrôle médical sont établies par la Caisse nationale de l'assurance maladie après avis du médecin-conseil national.

Article R315-7

Seuls peuvent exercer les fonctions de praticiens-conseils les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens remplissant les conditions respectivement fixées aux articles L. 4111-1 à L. 4111-4, L. 4141-1 à L. 4141-5 et L. 4221-1 à L. 4221-19 du code de la santé publique.

Les praticiens-conseils qui ne possèdent pas la nationalité française ne peuvent être membres des juridictions instituées par les articles L. 145-1 à L. 145-7.

Tout praticien-conseil est tenu d'adresser une déclaration au directeur général de la caisse nationale mentionnant ses liens directs ou indirects avec des entreprises, associations ou institutions à but lucratif bénéficiant de concours financiers de la part d'un organisme de sécurité sociale.

Article R315-9

Le personnel des échelons régionaux et locaux du contrôle médical autre que les praticiens conseils est rattaché à la caisse nationale de l'assurance maladie. Il est placé sous un régime de droit privé défini conformément aux dispositions de l'article L. 224-7.

Sous l'autorité du directeur de la caisse nationale de l'assurance maladie, le médecin conseil régional fixe l'organisation du travail dans les services de l'échelon régional et des échelons locaux du contrôle médical de sa région. Le médecin conseil régional a autorité sur le personnel mentionné à l'alinéa précédent. Dans le cadre des dispositions qui régissent ce personnel, il prend toute décision d'ordre individuel que comporte sa gestion.

Article R315-10

Les opérations de recettes et de dépenses afférentes au service national du contrôle médical sont retracées dans un budget établi dans les conditions fixées par les arrêtés mentionnés à l'article R. 256-3 et s'exécutent soit à l'échelon national, soit à l'échelon régional.

En ce qui concerne les opérations intéressant chaque échelon régional, le médecin conseil régional établit les prévisions de dépenses et les fait parvenir à la caisse nationale de l'assurance maladie. Il les communique au conseil d'administration de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail et au ministre chargé de la sécurité sociale.

La caisse nationale de l'assurance maladie arrête le budget du service national du contrôle médical. Elle notifie à chaque médecin conseil régional les crédits mis à sa disposition.

Article R315-11

Les opérations financières et comptables des échelons régionaux du contrôle médical sont exécutées par le médecin conseil régional, ordonnateur secondaire, et l'agent comptable de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail qui agit alors pour le compte et sous l'autorité de l'agent comptable de la caisse nationale de l'assurance maladie.

Article R315-12

Les opérations comptables afférentes au contrôle médical et réalisées à l'échelon régional sont incorporées périodiquement dans les écritures de la caisse nationale de l'assurance maladie.

Article R315-13

Des régies de dépenses, et éventuellement de recettes, pourront être créées auprès des échelons locaux du contrôle médical par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article R321-2

En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans les deux jours suivant la date d'interruption de travail, et sous peine de sanctions fixées conformément à l'article L. 321-2, une lettre d'avis d'interruption de travail indiquant, d'après les prescriptions du médecin, la durée probable de l'incapacité de travail.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail initial, la même formalité doit, sous peine des mêmes sanctions, être observée dans les deux jours suivant la prescription de prolongation.

L'arrêté mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 321-2 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R321-4

Les prestations de l'assurance maladie dues à l'occasion du séjour d'assurés sociaux ou de leurs ayants droit dans les sanatoriums, les préventoriiums, les aériums, les établissements affectés au traitement de la tuberculose extra-pulmonaire, les hôtels de cure, les établissements psychiatriques, les établissements de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, les établissements pour enfants inadaptés et les maisons d'enfants à caractère sanitaire sont servies, quelle que soit la durée de ce séjour, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement.

Article R321-5

L'examen de santé gratuit prévu par l'article L. 321-3 doit être pratiqué à certaines périodes de la vie, déterminées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé.

Ledit arrêté fixe également la nature de cet examen et les modalités selon lesquelles il est effectué, compte tenu des examens médicaux auxquels les intéressés sont tenus de se soumettre en application de dispositions

légales ou réglementaires autres que celles relatives aux assurances sociales et des examens préventifs auxquels ils se soumettent volontairement.

Les caisses de sécurité sociale prennent toutes mesures de coordination destinées à éviter que les intéressés ne subissent plusieurs fois des examens de santé identiques aux mêmes périodes de la vie.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 2 : Prestations en nature

Section 1 : Participation de l'assuré.

Sous-section 1 : Montant de la participation de l'assuré.

Sous-section 2 : Procédure de fixation de la participation de l'assuré

Section 2 : Frais de transport

Sous-section 1 : Remboursement

Article R322-10

Sont pris en charge les frais de transport de l'assuré ou de l'ayant droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer :

1° Pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état dans les cas suivants :

a) Transports liés à une hospitalisation ;

b) Transports liés aux traitements ou examens prescrits en application de l'article L. 324-1 pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée et présentant l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription mentionné à l'article R. 322-10-1 ;

c) Transports par ambulance justifiés par l'état du malade dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 322-10-1 ;

d) Transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres dans les conditions prévues aux articles R. 322-10-4 et R. 322-10-5 ;

e) Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres ;

f) Transports liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et dans les centres médico-psycho-pédagogiques, mentionnés au 19° de l'article L. 160-14 du présent code.

2° Pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale dans les cas suivants :

a) Pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitres 5,6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations établie en application de l'arrêté prévu à l'article R. 165-1 ;

b) Pour répondre à une convocation du contrôle médical ;

c) Pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité mentionnée à l'article R. 143-34 ;

d) Pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de l'article R. 141-1.

Article R322-10-1

Les transports pris en charge par l'assurance maladie peuvent être assurés par les moyens suivants :

1° L'ambulance ;

2° Le transport assis professionnalisé, véhicule sanitaire léger et taxi ;

3° Les transports en commun terrestres, l'avion ou le bateau de ligne régulière, les moyens de transport individuels.

Un référentiel de prescription arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale précise les situations dans lesquelles l'état du malade justifie respectivement la prescription des modes de transport prévus au présent article en fonction de l'importance des déficiences et incapacités et de leurs incidences.

Article R322-10-2

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la présentation par l'assuré de la prescription médicale de transport ainsi que d'une facture délivrée par le transporteur ou d'un justificatif de transport. La prescription indique le motif du transport et le mode de transport retenu en application des règles de prise en charge mentionnées au premier alinéa de l'article L. 322-5.

En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie a posteriori.

Dans les cas mentionnés au 2° de l'article R. 322-10, la convocation vaut prescription médicale. Le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire doit être indiqué dans la convocation par :

- a) Le médecin-conseil ou le médecin prescripteur de l'appareil si l'assuré se rend chez un fournisseur d'appareillage dans le cas mentionné au a ;
- b) Le médecin-conseil dans les cas mentionnés au b ;
- c) Le médecin expert désigné par la juridiction du contentieux de l'incapacité dans les cas mentionnés au c ;
- d) Le médecin expert dans les cas mentionnés au d.

Article R322-10-3

Lorsque la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins ne dépasse pas 150 kilomètres, les frais de transport mentionnés au a du 1° de l'article R. 322-10 sont pris en charge sur la base de la distance parcourue.

Article R322-10-4

Est, sauf urgence attestée par le médecin prescripteur, subordonnée à l'accord préalable de l'organisme qui sert les prestations après avis du contrôle médical la prise en charge des frais de transport :

- a) Exposés sur une distance excédant 150 kilomètres ;
- b) Mentionnés aux e et f du 1° de l'article R. 322-10 ;
- c) Par avion et par bateau de ligne régulière.

Dans le cas prévu au a le contrôle médical vérifie notamment que les soins ne peuvent être dispensés dans une structure de soins située à une distance n'excédant pas 150 kilomètres.

L'absence de réponse dans un délai de quinze jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord préalable.

Article R322-10-5

I.-Le remboursement des frais de transport mentionnés aux b à f du 1° de l'article R. 322-10 est calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite appropriée la plus proche.

II.-Les tarifs servant de base au remboursement des frais de transport aux assurés qui utilisent leur véhicule personnel sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R322-10-6

Les modèles de prescription, d'accord préalable et de facture sont conformes aux modèles types fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Article R322-10-7

Sont pris en charge, dans les conditions fixées par la présente section, les frais de transport en commun exposés par une personne accompagnant un assuré ou un ayant droit, lorsque l'état de ce dernier nécessite l'assistance d'un tiers ou qu'il est âgé de moins de seize ans.

Sous-section 2 : Régulation des prescriptions dans les établissements de santé remboursés sur l'enveloppe de soins de ville

Article R322-11

Le taux prévisionnel d'évolution mentionné au premier alinéa de l'article L. 322-5-5 est fixé, pour chaque année, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris sur recommandation du conseil de l'hospitalisation et publié au plus tard le 31 décembre de l'année précédente.

Article R322-11-1

L'agence régionale de santé, en lien avec la caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 ou la caisse mentionnée à l'article 3 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, assure le suivi des dépenses de transports résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de chaque établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville.

Si l'évolution des dépenses occasionnées par les prescriptions dans un établissement fait apparaître, en cours d'année, un risque sérieux de dépassement du taux prévisionnel d'évolution ou que ces dépenses dépassent un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'agence régionale de santé en avertit l'établissement et recherche, avec lui, par quelles mesures immédiates d'amélioration des pratiques de prescription les dépenses peuvent être maîtrisées.

L'agence régionale de santé établit chaque année conjointement avec la caisse mentionnée au premier alinéa, pour chaque établissement, le bilan des prescriptions de transports occasionnant des dépenses remboursées sur l'enveloppe de soins de ville et le lui communique avant le 1er juin de l'année suivant l'exercice concerné.

Article R322-11-2

Si le bilan des prescriptions établi conjointement par l'agence régionale de santé et la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1 fait apparaître que la progression annuelle des dépenses est supérieure au taux prévisionnel ou que le montant annuel des dépenses de transport de l'établissement de santé est supérieur au montant de dépenses mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 322-11-1, le directeur général de l'agence régionale de santé peut proposer à l'établissement de santé de conclure avec l'agence et la caisse, pour une durée de trois ans, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports.

En ce cas, après avis de la caisse, il soumet à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une proposition de contrat. Si l'établissement n'a pas conclu de contrat un mois après la réception de la proposition, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, dans les mêmes formes, une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt et l'informant qu'il dispose d'un nouveau délai d'un mois à compter de la réception pour conclure un contrat ou, s'il le refuse, pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement de verser à la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1 une fraction des dépenses de transports occasionnées pendant l'année écoulée par les prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, qui ne peut excéder 10 %. Cette fraction est déterminée en fonction de l'ampleur du dépassement du taux prévisionnel d'évolution des dépenses ou de l'ampleur de l'écart entre le montant des dépenses mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 322-11-1 et le montant des dépenses de l'établissement.

Le délai au terme duquel la sanction peut être prononcée est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement si elle a été demandée avant l'expiration de ce délai.

Quand, compte tenu des explications de l'établissement relatives notamment à son activité et aux caractéristiques sanitaires de ses patients, le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de pénalité, il en informe celui-ci sans délai.

La décision enjoignant le versement mentionne le délai d'un mois à compter de sa notification pour s'acquitter de la somme. Le directeur général de l'agence régionale de santé informe simultanément de cette décision la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1, chargée du recouvrement.

Article R322-11-3

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, établi conformément à un contrat type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique, comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses faisant l'objet du contrat. Cet objectif est fixé par les signataires de chaque contrat lors de sa conclusion et actualisé, le cas échéant, par un avenant annuel proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat. L'absence d'approbation de l'avenant expose l'établissement aux mêmes pénalités que l'absence de conclusion du contrat. L'objectif annuel est déterminé en tenant compte de l'évolution passée des prescriptions de l'établissement, de son activité, des caractéristiques sanitaires de ses patients et des conditions locales de la coordination des soins ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières au titre duquel le contrat peut prévoir des actions de sensibilisation des prescripteurs, la diffusion de règles, de référentiels et de procédures de prescription, en particulier afin d'assurer le respect de l'obligation de mentionner sur chaque ordonnance le numéro du

prescripteur au répertoire partagé des professionnels de santé, et des mesures d'amélioration de l'organisation interne de l'établissement ;

3° Le cas échéant, un objectif d'amélioration de l'organisation des soins ou examens délivrés dans un même établissement de santé pour proposer au patient le mode de transport le moins onéreux compatible avec son état de santé et concourir à l'optimisation de l'utilisation des véhicules de transport des patients.

Article R322-11-4

Au terme de chaque année d'application du contrat, l'agence régionale de santé, conjointement avec la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1, procède à une évaluation.

Si cette évaluation fait apparaître que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses faisant l'objet du contrat, et s'il estime que le dépassement de dépenses qui en résulte justifie une pénalité, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt et l'informant qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'établissement de verser à la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1 une fraction des dépenses de transports résultant pendant l'année écoulée des prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, dans la limite du dépassement de l'objectif. Cette fraction est déterminée en fonction de la nature et de l'importance des manquements de l'établissement à ses engagements figurant au contrat.

Le délai au terme duquel la sanction peut être prononcée est prolongé jusqu'à l'audition de l'établissement si elle a été demandée avant l'expiration de ce délai.

Quand, compte tenu des explications de l'établissement, le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de pénalité, il en informe celui-ci sans délai.

La décision enjoignant le versement mentionne le délai d'un mois à compter de sa notification pour s'acquitter de la somme. Le directeur général de l'agence régionale de santé informe simultanément de cette décision la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1, chargée du recouvrement.

Article R322-11-5

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé, conjointement avec la caisse mentionnée à l'article R. 322-11-1, constate que des économies ont été réalisées par rapport aux objectifs fixés au contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, il peut enjoindre à cette même caisse de verser à l'établissement de santé une fraction de ces économies, dans la limite de 30 % de leur montant. Dans ce cas, il en informe simultanément l'établissement.

Section 3 : Dispositions diverses.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 3 : Prestations en espèces.

Article R323-1

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 323-1 :

1°) le point de départ de l'indemnité journalière définie par de l'article L. 321-1 est le quatrième jour de l'incapacité de travail. Ce délai ne s'applique, pour une période de trois ans, qu'au premier des arrêts de travail dus à une même affection donnant lieu à application de la procédure prévue à l'article L. 324-1 ;

2°) la durée maximale de la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est fixée à trois ans ;

3°) la durée de la reprise du travail, mentionnée au 1° de l'article L. 323-1, au-delà de laquelle le délai de trois ans court à nouveau, est fixée à un an ;

4°) le nombre maximal d'indemnités journalières mentionné au 2° de l'article L. 323-1, que peut recevoir l'assuré pour une période quelconque de trois ans, est fixé à 360.

Article R323-2

L'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-2 est l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

Pour l'application du deuxième alinéa du même article, l'indemnité journalière est supprimée à partir du septième mois d'arrêt de travail.

Article R323-3

Le silence gardé pendant plus de six mois sur la demande de maintien de l'indemnité journalière prévue au 2° de l'article L. 323-3 vaut décision de rejet.

La durée maximale, prévue au premier alinéa de l'article L. 323-3, durant laquelle, en cas de reprise du travail, l'indemnité journalière peut être maintenue par la caisse ne peut excéder d'un an le délai de trois ans prévu à l'article R. 323-1.

Article R323-4

Le gain journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière prévue à l'article L. 323-4 est déterminé comme suit :

1° 1/91,25 du montant des trois dernières paies des mois civils antérieurs à la date de l'interruption de travail lorsque le salaire ou le gain est réglé mensuellement ou dans les cas autres que ceux mentionnés aux 3° et 5° ;

2° Abrogé ;

3° 1/84 du montant des six ou douze dernières paies des mois civils antérieurs à la date de l'interruption de travail suivant que le salaire ou le gain est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine ;

4° Abrogé ;

5° 1/365 du montant du salaire ou du gain des douze mois civils antérieurs à la date de l'interruption de travail, lorsque le travail n'est pas continu ou présente un caractère saisonnier.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, il est tenu compte du salaire servant de base, lors de chaque paie, au calcul de la cotisation due pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite d'un plafond égal à 1,8 fois le salaire minimum de croissance en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption de travail et calculé, pour chaque paie prise en compte, pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Toutefois, lorsque l'assiette des cotisations fait l'objet d'un abattement par application des dispositions des articles R. 242-7 à R. 242-11, il est tenu compte du salaire brut perçu par l'assuré, sans abattement, dans la limite du plafond ainsi défini.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modalités suivant lesquelles est déterminé le gain journalier servant de base au calcul des indemnités journalières dues aux assurés appartenant aux catégories pour lesquelles les cotisations sont établies forfaitairement.

Article R323-5

Le nombre d'enfants prévu au premier alinéa de l'article L. 323-4 est fixé à trois au moins.

La fraction du gain journalier de base prévue au premier alinéa de l'article L. 323-4 est fixée à la moitié pour l'indemnité journalière normale et aux deux tiers pour l'indemnité journalière majorée. Cette dernière indemnité est due à partir du trente et unième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail.

Article R323-6

La durée prévue au cinquième alinéa de l'article L. 323-4 est fixée à trois mois.

En vue de la révision, prévue au même alinéa dudit article, de l'indemnité journalière, le gain journalier mentionné au troisième alinéa du même article ayant servi de base au calcul de l'indemnité journalière est

majoré, le cas échéant, par application des coefficients de majoration fixés par arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Toutefois, lorsqu'il existe une convention collective de travail applicable à la profession à laquelle appartient l'assuré, celui-ci peut, s'il entre dans le champ d'application territorial de cette convention, demander que la révision du taux de son indemnité journalière soit effectuée sur la base d'un gain journalier calculé d'après le salaire normal prévu pour sa catégorie professionnelle dans ladite convention, au cas où cette modalité lui est favorable.

Article R323-7

Si l'assuré tombe malade au cours d'une période de chômage involontaire, de fermeture de l'établissement employeur ou d'un congé non payé, le gain journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière est celui dont bénéficiait l'assuré avant la date de la cessation effective du travail, même si celle-ci a été suivie d'un stage de formation professionnelle, sous réserve cependant de l'application des dispositions prévues pour la période comprenant la durée du stage et le mois qui suit celui-ci.

Article R323-8

Dans les cas énumérés ci-après, il y a lieu de déterminer le salaire ou le gain journalier de base comme si l'assuré avait travaillé pendant le mois, les vingt-huit jours, les trois mois ou les douze mois dans les mêmes conditions :

1°) l'assuré travaillait depuis moins d'un mois, de vingt-huit jours, de trois mois ou de douze mois au moment de l'interruption du travail consécutive à la maladie ou à l'accident ;

2°) l'assuré n'avait pas, à la date de ladite interruption, accompli les périodes de travail mentionnées à l'article R. 323-4, soit par suite de maladie, accident, maternité, chômage involontaire total ou partiel, soit en raison de la fermeture de l'établissement employeur à la disposition duquel reste l'assuré, soit en cas de congé non payé à l'exclusion des absences non autorisées, de service militaire ou appel sous les drapeaux ;

3°) l'assuré, bénéficiaire d'une indemnité de changement d'emploi pour silicose, s'est trouvé effectivement sans emploi au cours de la période à considérer ;

4°) l'assuré avait changé d'emploi au cours de la période à considérer. Dans ce cas, le salaire ou gain journalier de base est déterminé à partir du salaire ou gain afférent à l'emploi occupé au moment de l'arrêt du travail. Toutefois, si le salaire ou gain journalier de base ainsi déterminé se trouve inférieur au montant global des rémunérations réellement perçues dans les différents emplois au cours de la période à considérer, c'est sur ce montant global que doit être calculée l'indemnité journalière.

Article R323-9

En aucun cas l'indemnité journalière servie à un assuré social ne peut être supérieure au sept cent trentième du montant annuel du plafond mentionné au septième alinéa de l'article R. 323-4. Pour les assurés ayant trois enfants ou plus à charge au sens du 2° de l'article L. 161-1, l'indemnité servie à partir du trente et unième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail ne peut dépasser 1/547, 5 de ce plafond.

Article R323-10

En vue de la détermination du montant de l'indemnité journalière, l'employeur ou les employeurs successifs doivent établir une attestation se rapportant aux payes effectuées pendant les périodes de référence définies ci-dessus. Cette attestation, à l'appui de laquelle sont présentées, le cas échéant, les pièces prévues à l'article L. 3243-2 du code du travail est adressée à la caisse :

1° Sous forme électronique, par l'employeur ;

2° A défaut, sous forme papier par le salarié auquel l'employeur aura remis l'attestation dûment remplie.

L'attestation, conforme au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, doit comporter notamment :

1° les indications figurant sur les pièces prévues à l'article L. 143-3 du code du travail en précisant la période et le nombre de journées et d'heures de travail auxquelles s'appliquent la ou les payes, le montant et la date de celles-ci, ainsi que le montant de la retenue effectuée au titre des assurances sociales ;

2° le numéro sous lequel l'employeur effectue le versement des cotisations de sécurité sociale dues pour les travailleurs qu'il emploie ;

3° le nom et l'adresse de l'organisme auquel l'employeur verse ces cotisations.

Article R323-11

L'attribution de l'indemnité journalière prévue à l'article L. 323-4 est exclusive de l'allocation de chômage.

La caisse primaire de l'assurance maladie n'est pas fondée à suspendre le service de l'indemnité journalière lorsque l'employeur maintient à l'assuré, en cas de maladie, tout ou partie de son salaire ou des avantages en nature, soit en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, soit en vertu des usages, soit de sa propre initiative.

Toutefois, lorsque le salaire est maintenu en totalité, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré, quelles que soient les clauses du contrat, dans les droits de celui-ci aux indemnités journalières qui lui sont dues.

Lorsque, en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, le salaire est maintenu en totalité ou en partie sous déduction des indemnités journalières, l'employeur qui paie tout ou partie du salaire pendant la période de maladie sans opérer cette déduction est subrogé de plein droit à l'assuré dans ses droits aux indemnités journalières pour la période considérée, à condition que le salaire maintenu au cours de cette période soit au moins égal au montant des indemnités dues pour la même période.

Dans les autres cas, l'employeur est seulement fondé à poursuivre auprès de l'assuré le recouvrement de la somme correspondant aux indemnités journalières, dans la limite du salaire maintenu pendant la même période.

L'employeur et l'assuré qui se sont mis d'accord pour le maintien d'avantages en nature en cas de maladie, peuvent en informer la caisse et demander le versement par elle à l'employeur de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

Article R323-11-1

Le praticien indique sur l'arrêt de travail :

- soit que les sorties ne sont pas autorisées ;

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

Article R323-12

La caisse est fondée à refuser le bénéfice des indemnités journalières afférentes à la période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible, sans préjudice des dispositions de l'article L. 324-1.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 4 : Affections de longue durée.

Article R324-1

Tout assuré ou ayant droit mentionné au 2° de l'article L. 161-1 doit, s'il le demande, faire l'objet de l'examen spécial prévu à l'article L. 324-1.

Si aucune demande n'a été faite par l'assuré, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé doit, si l'intéressé est présumé atteint d'une affection de longue durée, ou en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à six mois, inviter le médecin-conseil à prendre toutes dispositions utiles en vue de faire procéder à cet examen.

Le règlement intérieur modèle des caisses primaires d'assurance maladie prévu à l'article L. 217-1 fixe les conditions dans lesquelles doit intervenir l'examen périodique prévu à l'article L. 324-1.

L'expertise prévue au deuxième alinéa de l'article L. 324-1 est diligentée dans les conditions prévues par le chapitre 1er du titre IV du livre Ier.

Article R324-2

La décision intervenant en application de l'article L. 324-1 est prise par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé, après avis du service du contrôle médical.

La décision dont une copie est adressée au médecin traitant est notifiée à l'assuré. Cette notification a lieu par lettre recommandée avec demande d'avis de réception toutes les fois qu'il s'agit d'une décision de suspension, de réduction ou de suppression du service des prestations.

Article R324-3

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe le montant minimum de l'indemnité journalière. Ce minimum ne sera applicable que lorsque l'interruption de travail se prolonge d'une manière continue au-delà du sixième mois.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 5 : Dispositions particulières aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article R325-2

Pour les titulaires de pension de réversion ou de veuve visés aux articles L. 353-1, L. 353-2 et L. 357-9, il est tenu compte des droits au régime local d'assurance maladie du conjoint décédé ou disparu pour apprécier les conditions de durée d'assurance ou de cotisations définies aux 9°, 10° et 11° du II de l'article L. 325-1.

Article R325-3

La durée pendant laquelle une personne mentionnée à l'article L. 161-1, à la charge effective et permanente de l'assuré, a bénéficié du régime local peut compléter ou remplacer les périodes d'assurance exigées aux 9°, 10° et 11° du II de l'article L. 325-1 à condition, soit d'être incluse dans la période des cinq années précédant la date de départ en retraite ou de cessation d'activité de l'assuré, soit de totaliser dix années au moins et d'être incluse dans la période de quinze années précédant cette date, soit de totaliser quinze années au moins avant cette date. Cette durée est prise en compte qu'elle ait été continue ou discontinuée.

Article R325-4

La demande d'affiliation au régime local d'assurance maladie en application de l'article R. 325-3 est adressée à la caisse primaire d'assurance maladie ou à la caisse générale de sécurité sociale à laquelle l'assuré social est affilié.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 3 : Assurance maternité

Chapitre 1er : Dispositions propres à l'assurance maternité

Section 1 : Dispositions générales.

Article R331-1

La date de la première constatation médicale de la grossesse est celle à laquelle l'état de grossesse a été constaté par le médecin ou la sage-femme, quelle que soit la date de la notification de cet état à la caisse primaire d'assurance maladie.

Article R331-2

En cas de grossesse pathologique ou de suites de couches pathologiques, la prise en charge des frais de santé est assurée et les prestations en espèces de l'assurance-maladie sont servies à compter de la constatation médicale de l'état morbide dans les conditions prévues aux articles L. 313-1, L. 313-2, L. 321-2, L. 324-1, L. 160-7 et L. 371-1 et aux chapitres 2 et 3 du titre II du livre III sous réserve de l'article R. 331-6.

Si l'état morbide est constaté avant la période de six semaines précédant l'accouchement, il y a lieu d'appliquer le délai de carence mentionné à l'article L. 323-1.

En cas de suites de couches pathologiques, le délai de trois ans prévu à l'article R. 323-1 commence à courir à compter de la date d'accouchement.

Article R331-3

Les dispositions réglementaires relatives au contrôle médical sont applicables à l'assurance maternité.

Article R331-4

Les caisses doivent délivrer aux futures mères un carnet de maternité conforme au modèle établi par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale. A défaut de la production par la bénéficiaire des feuilles détachées du carnet de maternité, la caisse peut refuser le bénéfice des prestations.

Section 3 : Prestations en espèces.

Article R331-5

L'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-3 est égale au gain journalier de base. Elle est allouée même si l'enfant n'est pas né vivant.

Pour le calcul de l'indemnité journalière de repos, le gain journalier de base est déterminé selon les règles prévues aux articles R. 323-4 et R. 323-8. Toutefois, pour l'application de ces dispositions, le salaire pris en compte est le salaire servant de base, lors de chaque paie, au calcul de la cotisation due pour les risques maladie, maternité, invalidité et décès dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption de travail. Ce salaire est diminué par application d'un taux forfaitaire représentatif de la part salariale des cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ; ce taux forfaitaire est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'indemnité journalière de repos ne peut être inférieure à un minimum fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

En cas d'augmentation générale des salaires, l'indemnité journalière de repos peut faire l'objet d'une révision dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues à l'article R. 323-6 pour l'indemnité journalière de maladie.

La durée de trois mois prévue au premier alinéa de l'article R. 323-6 s'apprécie, le cas échéant, en totalisant tant le délai de carence prévu à l'article R. 323-1 que les périodes pendant lesquelles l'intéressée a bénéficié de l'indemnité journalière de l'assurance maladie et de l'indemnité journalière de repos de l'assurance maternité.

Les dispositions des articles R. 323-10 et R. 323-11 sont applicables à l'indemnité journalière de repos.

Article R331-6

L'indemnité journalière de repos de l'assurance maternité prévue à l'article L. 331-3 est due pendant la période de repos prévue audit article, même en cas de prolongation d'un état morbide antérieurement constaté ou de constatation d'un état morbide au cours de cette période.

Si l'état morbide consécutif à l'accouchement se déclare après la période légale de repos et si l'intéressée n'a pas repris le travail, les prestations en espèces de l'assurance maladie sont servies sans qu'il y ait lieu de faire état du délai de carence.

Pendant la période où l'intéressée reçoit les prestations en espèces de l'assurance maternité, elle ne peut recevoir en même temps les prestations en espèces de l'assurance maladie.

L'indemnité journalière de repos supplémentaire, prévue au deuxième alinéa de l'article L. 331-5, est attribuée au cours de la période prénatale en cas d'état pathologique résultant de la grossesse. Le repos auquel correspond cette indemnité peut être prescrit à partir de la déclaration de grossesse.

Article R331-7

Sont applicables à la femme assurée à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou une oeuvre d'adoption autorisée confie un enfant en vue de son adoption les dispositions de l'article R. 331-5 et du troisième alinéa de l'article L. 331-6.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 3 : Assurance maternité

Chapitre 2 : Dispositions communes à l'assurance maternité et à l'assurance maladie.

Section 1 Cumul de prestations en espèces et d'autres prestations ou revenus.

Article R332-1

Les prestations en espèces de l'assurance maladie et de l'assurance maternité ne peuvent être cumulées avec les revenus de remplacement ou allocations mentionnés à l'article L. 311-5.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 4 : Assurance invalidité

Chapitre 1er : Droits propres.

Article R341-1

La caisse primaire d'assurance maladie doit prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période de maladie ou de maternité.

Section 2 : Taux d'invalidité.

Article R341-2

Pour l'application des dispositions de l'article L. 341-1 :

1°) l'invalidité que présente l'assuré doit réduire au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain ;

2°) le salaire de référence ne doit pas être supérieur au tiers de la rémunération normale mentionnée audit article.

Article R341-3

Lorsque l'expertise fait apparaître que l'invalidé doit être classé dans une catégorie autre que celle dans laquelle il était antérieurement classé, la caisse primaire détermine cette nouvelle catégorie et notifie sa décision à l'intéressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans ce cas, le nouveau montant de la pension est appliqué, soit à la première échéance suivant la date de la décision de la caisse lorsqu'il y a réduction de la pension antérieurement servie, soit à la date de la constatation de l'état d'invalidité ayant motivé le nouveau classement, lorsqu'il y a augmentation de ladite pension.

S'il est constaté que la capacité de gain de l'invalidé pensionné est supérieure à 50 %, la caisse primaire suspend ou supprime la pension, soit immédiatement, soit à partir d'une date ultérieure qu'elle fixe dans sa décision.

La caisse primaire notifie sa décision à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Pour l'application des alinéas ci-dessus, la capacité de gain est appréciée dans les conditions fixées par les articles L. 341-1 et L. 341-3.

Les décisions prises par la caisse primaire d'assurance maladie en application des alinéas ci-dessus peuvent être contestées dans les conditions prévues au chapitre 3 du titre IV du livre Ier.

Section 3 : Montant de la pension d'invalidité.

Article R341-4

Pour les invalides de la première catégorie mentionnés à l'article L. 341-4, la pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des dix années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré ; ces années doivent être comprises entre le 31 décembre 1947 et la date soit de l'interruption de travail suivie d'invalidité, soit de la constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Toutefois, lorsque l'assuré ne compte pas dix années d'assurance, la pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des années d'assurance accomplies depuis l'immatriculation.

En vue du calcul du salaire annuel moyen, il est tenu compte, pour les périodes d'assurance comprises entre le 30 septembre 1967 et le 1er janvier 1980, des salaires qui ont donné lieu à précompte de la fraction de cotisation d'assurances sociales à la charge du salarié afférente aux risques maladie, maternité, invalidité et décès et calculée dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

A compter du 1er janvier 1980, les salaires pris en considération pour le calcul du salaire annuel moyen sont ceux qui donnent lieu, lors de chaque paie, au versement de la fraction de cotisation d'assurances sociales afférente aux risques maladie, maternité, invalidité et décès, dans la limite du plafond prévu à l'alinéa précédent.

Toutefois, lorsque l'assiette des cotisations fait l'objet d'un abattement par application des dispositions des articles R. 242-7 à R. 242-11, il est tenu compte du salaire brut perçu par l'assuré, sans abattement, dans la limite du plafond correspondant.

Les salaires exonérés de cotisations entre le 1er avril et le 31 décembre 1987 en application de l'article L. 241-10 entrent en compte, s'il y a lieu, dans la détermination du salaire servant de base au calcul de la pension.

Article R341-5

Pour les invalides de la deuxième catégorie mentionnée à l'article L. 341-4, la pension est égale à 50 % du salaire défini à l'article R. 341-4.

Le montant de la pension d'invalidité ne peut être supérieur à 30 % ou à 50 % du montant annuel du plafond des rémunérations ou gains retenu pour le calcul de la fraction de cotisation prévue au troisième et au quatrième alinéas de l'article R. 341-4, selon qu'il s'agit d'un invalide de la première catégorie ou d'un invalide de la deuxième catégorie.

Article R341-6

Pour les invalides de la troisième catégorie mentionnée à l'article L. 341-4, la pension est égale au montant prévu à l'article R. 341-5 ci-dessus majoré de 40 % sans que cette majoration puisse être inférieure à un minimum annuel fixé par décret, auquel sont applicables les coefficients de revalorisation des pensions prévus à l'article L. 341-6.

La majoration pour aide d'une tierce personne est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'assuré a été hospitalisé ; au-delà de cette date, son service est suspendu.

Article R341-6-1

En cas de redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire mis en recouvrement conformément aux dispositions de l'article L. 242-1-2, les conditions d'ouverture des droits du salarié intéressé mentionnées aux articles L. 341-1 et L. 341-2 sont fixées sur la base d'une fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-1 du code du travail en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé.

Article R341-7

Les arrêtés mentionnés à l'article L. 341-6 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Section 4 : Liquidation et service de la pension d'invalidité - Attributions des caisses primaires d'assurance maladie.

Article R341-8

La caisse primaire d'assurance maladie est tenue de faire connaître à l'assuré, par lettre recommandée, aussitôt qu'elle se trouve à même d'apprécier son état, la date à partir de laquelle il ne peut plus prétendre aux prestations de l'assurance maladie, en raison de la stabilisation dudit état.

Elle lui fait connaître, dans les mêmes conditions, sa décision de procéder à la liquidation, à son profit, d'une pension d'invalidité, si elle estime qu'il présente une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de gain.

A défaut d'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie, l'assuré peut, lui-même, adresser une demande de pension d'invalidité à ladite caisse dans le délai de douze mois qui suit, selon le cas, soit la date de la consolidation de la blessure, soit la date de la constatation médicale de l'invalidité si cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme, soit la date de la stabilisation de l'état de l'assuré, telle qu'elle résulte de la notification qui lui en est faite par la caisse primaire, soit la date de l'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie ou la date à laquelle la caisse primaire a cessé d'accorder lesdites prestations. La caisse est tenue d'informer l'assuré du délai qui lui est ainsi imparti pour présenter lui-même sa demande.

Lorsque la demande de pension a été rejetée ou lorsque la pension antérieurement accordée a été supprimée, une nouvelle demande de pension d'invalidité peut être formée par l'assuré dans le délai de douze mois mentionné à l'alinéa précédent. Dans ce cas, l'état d'invalidité est apprécié à la date de la nouvelle demande ; toutefois, si l'incapacité ne devient égale aux deux tiers qu'au cours du délai susmentionné de douze mois, l'état d'invalidité est apprécié à la date de l'aggravation.

Le modèle de la demande de pension et les pièces à y annexer sont déterminés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R341-9

La caisse primaire statue sur le droit à pension après avis du contrôle médical dans le délai de deux mois à compter soit de la date à laquelle elle a adressé à l'assuré la notification prévue au deuxième alinéa de l'article R. 341-8, soit à la date à laquelle la demande lui a été adressée par l'assuré. Elle apprécie notamment, en se conformant aux dispositions des articles L. 341-1 et L. 341-3, si l'affection ou l'infirmité dont l'assuré est atteint réduit au moins des deux tiers sa capacité de gain.

Elle détermine la catégorie dans laquelle l'assuré doit être classé aux termes de l'article L. 341-4.

Elle notifie sa décision à l'intéressé avec demande d'avis de réception. Le défaut de réponse de la caisse dans le délai de deux mois prévu au premier alinéa du présent article vaut décision de rejet et ouvre un droit de recours à l'assuré.

Article R341-10

Lorsqu'elle a pris l'initiative de procéder à la liquidation de la pension d'invalidité dans les conditions prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article R. 341-8, la caisse primaire accorde les prestations en nature de l'assurance maladie jusqu'à la date à laquelle elle notifie la décision prévue au troisième alinéa de l'article R. 341-9.

Article R341-11

La caisse primaire détermine, conformément aux dispositions de la section 3 du présent chapitre, le montant de la pension d'invalidité. Elle notifie le montant de la pension à l'intéressé.

Pour la détermination du salaire annuel moyen servant de base au calcul de la pension d'invalidité, il est fait application des dispositions des articles R. 351-9 et R. 351-12.

Les salaires annuels pris en considération pour déterminer le salaire de base sont les salaires revalorisés par application des coefficients mentionnés à l'article L. 341-6.

Sont retenues les dix années civiles d'assurance accomplies postérieurement au 31 décembre 1947 qui ont précédé soit l'interruption de travail suivie d'invalidité, soit la constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, et dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré.

Lorsque l'assuré ne compte pas dix années civiles d'assurance, sont prises en considération les années d'assurance depuis l'immatriculation.

Article R341-12

Quelle que soit la date de la demande, la pension a effet à compter de la date à laquelle est apprécié l'état d'invalidité.

Article R341-13

Les arrérages de la pension d'invalidité sont servis par la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle l'assuré est affilié.

Section 5 : Suspension, révision, suppression de la pension d'invalidité.

Article R341-14

Un contrôle des droits des titulaires d'une pension d'invalidité est effectué chaque année.

Toutefois, le contrôle des droits est effectué trimestriellement lorsque le titulaire d'une pension d'invalidité exerce une activité salariée.

Article R341-16

La suspension ou la suppression de la pension prévue à l'article L. 341-13 intervient lorsque la capacité de gain de l'invalidé pensionné devient supérieure à 50 %.

Pour l'application de ces dispositions la caisse primaire d'assurance maladie peut, à tout moment, provoquer une expertise médicale sur la capacité de gain qui reste à l'intéressé.

Article R341-17

La pension doit être suspendue, en tout ou partie, par la caisse primaire d'assurance maladie lorsqu'il est constaté que le montant cumulé de la pension d'invalidité, calculée conformément aux dispositions de la section 3 du présent chapitre, et des salaires ou gains de l'intéressé excède, pendant deux trimestres consécutifs, le salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité.

Pour l'application de ces dispositions, il est tenu compte du salaire tel que défini au quatrième alinéa de l'article R. 341-4, effectivement versé, augmenté des avantages susceptibles de donner lieu au versement des cotisations et affecté des coefficients de revalorisation établis en application de l'article L. 341-6.

Pour l'appréciation des gains mentionnés au premier alinéa lorsqu'ils sont tirés d'une activité professionnelle non salariée, sont retenus soit le revenu professionnel entrant dans l'assiette des cotisations d'assurance maladie, soit, pour les bénéficiaires du régime prévu à l'article L. 133-6-8, le revenu résultant de l'application au chiffre d'affaires ou aux recettes des taux d'abattement définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts, l'un ou l'autre de ces revenus étant pris en compte à hauteur de 125 % de son montant.

Pendant les arrêts de travail en cours de la période de référence définie au premier alinéa, l'assuré est considéré comme ayant perçu un salaire égal au salaire moyen correspondant à la durée effective de travail salarié.

Le montant des arrérages de chaque mois ultérieur est réduit à concurrence du dépassement constaté au cours du trimestre précédent.

Si l'assuré était en apprentissage lors de la survenance du risque, ses ressources sont comparées à la rémunération habituelle d'un salarié du même âge et de la même région appartenant à la catégorie professionnelle à laquelle l'assuré aurait normalement accédé à sa sortie d'apprentissage.

La décision de la caisse primaire portant suspension en tout ou partie de la pension doit être notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article R341-18

En cas de suspension ou de suppression de la pension d'invalidité dans les conditions prévues aux articles L. 341-12 et L. 341-13, la caisse primaire peut maintenir à l'invalidé qui fait l'objet d'un traitement, suit des cours ou effectue un stage en vue de son reclassement ou de sa rééducation professionnelle, pendant toute la durée de ce traitement, cours ou stage, une fraction de ladite pension qui peut atteindre 50 %.

Article R341-19

Après achèvement du traitement, des cours ou du stage et pendant une durée ne pouvant excéder trois ans, la caisse primaire peut maintenir à l'invalidé la fraction de la pension prévue à l'article R. 341-18.

Article R341-20

Si un assuré reprend le travail après la suppression de sa pension d'invalidité, il est considéré comme ayant rempli pendant l'année précédant la date de la suppression de cette pension les conditions exigées en application des articles L. 313-1 et L. 341-2 pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

Article R341-21

Lorsque l'invalidé, dont la pension est suspendue, est atteint d'une nouvelle affection entraînant une invalidité qui réduit au moins des deux tiers sa capacité de gain, la caisse primaire procède à la liquidation d'une seconde pension qui se substitue à la première, si elle est d'un montant plus élevé, sans préjudice de l'application des dispositions sur l'assurance maladie.

Section 6 : Conversion de la pension d'invalidité en pension de vieillesse.

Article R341-22

L'entrée en jouissance de la pension de vieillesse substituée à la pension d'invalidité, en application de l'article L. 341-15, est fixée au premier jour du mois suivant la date à laquelle le pensionné atteint l'âge prévu à l'article L. 161-17-2.

L'âge minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 341-16 est celui mentionné à l'article R. 351-2.

Section 7 : Dispositions diverses.

Article R341-24

Les dispositions relatives à l'assurance maladie et à l'assurance maternité sont applicables à l'assurance invalidité en ce qui concerne les prestations en nature servies par la caisse primaire d'assurance maladie.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 4 : Assurance invalidité

Chapitre 2 : Droits du conjoint survivant.

Article R342-1

La pension à laquelle peut prétendre le conjoint survivant est calculée selon l'âge atteint par le défunt, soit sur la pension d'invalidité dont ce dernier eût bénéficié s'il avait été classé dans la deuxième catégorie, soit sur la pension de vieillesse qui lui aurait été allouée s'il avait été reconnu inapte au travail, soit sur la pension de vieillesse dont il bénéficiait ou à laquelle il aurait pu prétendre.

Article R342-2

La majoration, dont le taux est fixé à 10 % de la pension de veuf ou de veuve prévue à l'article L. 342-4, est applicable lorsque le bénéficiaire a eu au moins trois enfants. Ouvrent droit également à cette majoration les enfants ayant été, pendant au moins neuf ans avant leur seizième anniversaire, élevés par le titulaire de la pension et à sa charge ou à celle de son conjoint.

Article R342-3

Les personnes qui sollicitent le bénéfice de la pension d'invalidité de veuf ou de veuve prévue au présent chapitre adressent à la caisse primaire d'assurance maladie du dernier lieu de travail du "de cujus" une demande conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

Article R342-4

L'entrée en jouissance de la pension prévue à l'article L. 342-1, est fixée, soit au premier jour du mois qui suit le décès de l'assuré si la demande est présentée dans le délai d'un an, soit au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande ou la date à compter de laquelle la veuve est reconnue invalide postérieurement au dépôt de sa demande.

Article R342-5

Les dispositions de l'article R. 341-17 sont applicables aux pensions de veufs ou de veuves. S'il s'agit de bénéficiaires n'ayant pas exercé d'activité professionnelle antérieurement à l'entrée en jouissance de la pension d'invalidité de veuf ou de veuve, leurs ressources devront être comparées à la rémunération normale perçue par un manoeuvre de la région où ils résident.

Article R342-6

La pension d'invalidité attribuée à la veuve ou au veuf en vertu de l'article L. 342-1 est remplacée par une pension de vieillesse de veuve ou de veuf d'un montant égal à compter de la première échéance suivant le cinquante-cinquième anniversaire du titulaire.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 1er : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite.

Article R351-1

Les droits à l'assurance vieillesse sont déterminés en tenant compte :

1°) des cotisations versées au titre de la législation sur les assurances sociales et arrêtées au dernier jour du trimestre civil précédant la date prévue pour l'entrée en jouissance de la pension, rente ou allocation aux vieux travailleurs salariés ;

2°) de l'âge atteint par l'intéressé à cette dernière date ;

3°) du nombre de trimestres d'assurance valables pour le calcul de la pension.

Section 1 : Conditions d'âge.

Article R351-2

L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

Section 2 : Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article R351-3

Les termes "durée d'assurance" et "périodes d'assurance" figurant à l'article L. 351-1 désignent :

1°) les périodes de cotisations à l'assurance vieillesse obligatoire ou volontaire ainsi que les périodes assimilées à des périodes d'assurance ou validables en application des règles propres à chacun des régimes de base obligatoires ;

2°) les majorations de durée d'assurance pour enfant accordées par l'un de ces régimes et retenues conformément aux règles de coordination posées par les articles R. 173-15 et R. 173-16 ;

3°) les majorations de durée d'assurance en fonction de la durée d'un congé parental, accordées par ces mêmes régimes et retenues dans les mêmes conditions.

Les périodes mentionnées au 3° ci-dessus sont retenues de date à date, le nombre de trimestres correspondant étant arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

Article R351-4

Les termes "périodes reconnues équivalentes" figurant au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 désignent :

1° Les périodes d'activité professionnelle antérieures au 1er avril 1983 qui peuvent ou auraient pu donner lieu à rachat de cotisations d'assurance vieillesse au titre d'un régime de base obligatoire, à l'exclusion des périodes d'activité accomplies par un aide familial entre son quatorzième et son dix-huitième anniversaire et mentionnées à l'article L. 732-35-1 du code rural et de la pêche maritime et des périodes au titre desquelles un versement de cotisation peut être effectué en application des articles L. 351-14-1, L. 634-2-2, L. 643-2, L. 721-8 et L. 723-10 du présent code, de l'article L. 732-27-1 du code rural et de la pêche maritime et de l'article L. 9 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

2° Les périodes d'activité professionnelle agricole non salariée accomplies de façon habituelle et régulière, avant le 1er janvier 1976, dans une exploitation agricole ou assimilée, entre le dix-huitième et le vingt et unième anniversaire des intéressés et n'ayant pas donné lieu au versement de cotisations en application de l'article L. 732-35-1 du code rural et de la pêche maritime ;

3°) les périodes antérieures au 1er avril 1983 au cours desquelles les membres de la famille du chef d'entreprise, âgés d'au moins dix-huit ans et ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse, ont participé de façon habituelle à l'exercice d'une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale. Les membres de la famille s'entendent des conjoints, ascendants, descendants, frères, soeurs ou alliés au même degré.

Les périodes mentionnées ci-dessus sont retenues de date à date, le nombre de trimestres correspondant étant arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

Article R351-5

L'application des dispositions des articles R. 351-3 et R. 351-4 ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valable au titre d'une même année civile.

Cette disposition ne concerne pas les majorations de durée d'assurance mentionnées aux 2° et 3° de l'article R. 351-3.

Article R351-6

I. - La durée maximum d'assurance dans le régime général prise en compte pour le calcul de la pension de vieillesse est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Si l'assuré a accompli une durée d'assurance inférieure à cette durée maximum, la pension est réduite au prorata.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent aux assurés nés après 1947 quelle que soit la date d'effet de leur pension.

II. - Pour les pensions prenant effet après le 31 décembre 2003, la durée maximum d'assurance est fixée à :

150 trimestres pour les assurés nés avant 1944 ;

152 trimestres pour les assurés nés en 1944 ;

154 trimestres pour les assurés nés en 1945 ;

156 trimestres pour les assurés nés en 1946 ;

158 trimestres pour les assurés nés en 1947.

Article R351-7

L'assuré bénéficie, en application de l'article L. 351-6, d'une majoration de sa durée d'assurance dans le régime général de sécurité sociale égale à 2,5 % pour chaque trimestre accompli postérieurement à l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 ou à l'âge de soixante-cinq ans s'il remplit les conditions prévues au 1° bis ou 1° ter de ce même article L. 351-8 ou au III ou IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites :

1° Au titre des périodes antérieures au 1er janvier 2004 ;

2° Au titre des périodes accomplies dans ce régime et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires postérieurement au 31 décembre 2003.

Sous réserve des dispositions de l'article R. 173-4-2, le nombre total de trimestres d'assurance obtenu en application des dispositions des alinéas précédents est arrondi, s'il y a lieu, au chiffre immédiatement supérieur.

La majoration prévue au présent article ne peut avoir pour effet de porter la durée totale d'assurance de l'assuré au-delà de la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1. Elle est répartie entre les régimes selon les modalités prévues à l'article R. 173-4-2.

Article R351-8

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 351-7, les assurés âgés de plus de soixante-cinq ans au 1er avril 1983 pourront, en application du dernier alinéa de l'article L. 351-1, conserver le bénéfice des coefficients de majoration acquis au 31 mars 1983 dans le cadre de la législation en vigueur jusqu'à cette dernière date.

Article R351-9

Les périodes d'assurance accomplies du 1er juillet 1930 au 31 décembre 1935 comptent pour autant de trimestres d'assurance que, durant ce délai, l'intéressé a versé de fois soixante cotisations journalières de la catégorie où il était classé, sans que le nombre de trimestres entrant en compte puisse dépasser vingt-deux.

Pour la période comprise entre le 1er janvier 1936 et le 31 décembre 1941, ne comptent comme trimestres d'assurance que ceux au cours desquels l'assuré a subi sur son salaire une retenue au moins égale à 0,15 F.

Pour la période comprise entre le 1er janvier 1942 et le 31 décembre 1945, il y a lieu de retenir autant de trimestres que la retenue subie par l'assuré sur son salaire annuel représente de fois 0,15 F avec un maximum de quatre trimestres par année civile.

Pour la période comprise entre le 1er janvier 1946 et le 31 décembre 1948, il y a lieu de retenir autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois 18 F avec un maximum de quatre trimestres par année civile.

Pour la période comprise entre le 1er janvier 1949 et le 31 décembre 1971, il y a lieu de retenir autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois le montant trimestriel de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1er janvier de l'année considérée, avec un maximum de quatre trimestres par année civile ; jusqu'au 31 décembre 1962, ce montant est celui des villes de plus de 5 000 habitants.

Pour la période comprise entre le 1er janvier 1972 et le 31 décembre 2013, il y a lieu de retenir autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée calculé sur la base de 200 heures, avec un maximum de quatre trimestres par année civile. En ce qui concerne les assurés ayant, au cours de tout ou partie d'une année déterminée, exercé leur activité dans l'un des départements mentionnés à l'article L. 751-1, le montant du salaire minimum de croissance à retenir est celui qui est en vigueur dans ledit département au 1er janvier de l'année considérée.

Pour la période postérieure au 31 décembre 2013, il y a lieu de retenir autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée calculé sur la base de 150 heures, avec un maximum de quatre trimestres par année civile.

Article R351-10

La pension ou la rente liquidée dans les conditions prévues aux articles R. 351-1 et R. 351-9 n'est pas susceptible d'être révisée pour tenir compte des versements afférents à une période postérieure à la date à laquelle a été arrêté le compte de l'assuré pour l'ouverture de ses droits à l'assurance vieillesse dans les conditions définies à l'article R. 351-1.

Article R351-11

I.-Sous réserve, pour la période du 1er avril au 31 décembre 1987, de l'application de l'article L. 241-10, il est tenu compte, pour l'ouverture du droit et le calcul des pensions de vieillesse prévues aux articles L. 351-1, L. 351-7 et L. 352-1, de toutes les cotisations d'assurance vieillesse versées pour les périodes antérieures à l'entrée en jouissance de la pension, quelle que soit la date de leur versement. Toutefois, il n'est tenu compte des cotisations versées en cas de redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire prévu à l'article L. 242-1-2 que pour leur fraction correspondant à une assiette égale à deux fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-1 du code du travail en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé.

II.-Le versement de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date dudit versement s'effectue dans les conditions déterminées ci-après.

Le montant des cotisations dues est calculé en appliquant à la rémunération qui aurait dû être soumise à cotisation salariale selon les dispositions en vigueur à l'époque de l'activité rémunérée :

1° Les coefficients de revalorisation en vigueur à la date du versement, applicables aux salaires et aux cotisations servant de base au calcul des pensions ou rentes en vertu de l'article L. 351-11 ;

2° Les taux de cotisations pour le risque vieillesse incombant au salarié et à l'employeur, applicables lors de la période d'activité en cause ou, pour les périodes d'activité antérieures au 1er octobre 1967, le taux de 9 % ;

3° Une actualisation au taux de 2,5 % par année civile révolue séparant la date du versement de la fin de la période d'activité en cause.

Ces cotisations ne sont pas soumises aux pénalités et aux majorations de retard prévues par les articles R. 243-16 et R. 243-18.

Le versement mentionné au premier alinéa du présent II porte sur l'intégralité de la période d'activité pour laquelle les cotisations dues n'ont pas été versées.

Lorsque le montant de la rémunération perçue par l'assuré n'est pas démontré, un versement de cotisations ne peut être effectué qu'au titre d'une période d'activité accomplie pour le compte du même employeur et correspondant soit à une période continue d'au moins quatre-vingt-dix jours, soit à des périodes discontinues d'une durée totale d'au moins quatre-vingt-dix jours sur une même année civile. Dans ce cas, les cotisations sont calculées sur une assiette forfaitaire, fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture, dans les conditions prévues aux alinéas précédents.

Lorsque les cotisations sont calculées sur une base forfaitaire, le versement des cotisations afférentes à chaque année civile ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée d'assurance déterminée selon les modalités définies à l'article R. 351-9 d'un nombre de trimestres supérieur à la durée de la période de travail au titre de laquelle intervient le versement, pour l'année civile considérée, exprimée en périodes de quatre-vingt-dix jours et arrondie le cas échéant à l'entier le plus proche.

Le versement de cotisations est effectué par l'employeur. Toutefois, en cas de disparition de l'employeur ou lorsque celui-ci refuse d'effectuer le versement, l'assuré est admis à procéder lui-même au versement.

Le versement est effectué auprès de l'organisme visé à l'article R. 351-34 (1).

Aucun versement volontaire de cotisations n'est admis au titre du travail dissimulé ayant donné lieu à un redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire, en application de l'article L. 242-1-2, plus de trois ans après la date à laquelle a été constaté ce délit.

III.-Si un versement de cotisations intervient après une première liquidation de la pension, la révision des droits prend effet à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel ont été encaissées les cotisations éventuellement majorées et les pénalités et majorations de retard éventuellement dues.

IV.-Sont également valables pour l'ouverture du droit et le calcul desdites pensions, les cotisations non versées, lorsque l'assuré apporte la preuve qu'il a subi en temps utile, sur son salaire, le précompte des cotisations d'assurance vieillesse, sous réserve des cas visés à la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 351-2.

Article R351-12

Pour l'application de l'article L. 351-3, sont comptés comme périodes d'assurance, depuis le 1er juillet 1930, pour l'ouverture du droit à pension :

1°) le trimestre civil au cours duquel l'assuré a bénéficié, au titre du 5° de l'article L. 321-1, du sixième jour d'indemnisation, un trimestre étant également décompté pour chaque nouvelle période d'indemnisation de soixante jours ;

2° a) Le trimestre civil au cours duquel l'assuré a bénéficié du quatre-vingt-dixième jour d'indemnisation au titre du 2° de l'article L. 330-1 et de l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. Si la durée d'indemnisation a été inférieure à quatre-vingt-dix jours, le trimestre civil au cours duquel l'assuré a bénéficié du dernier jour d'indemnisation est décompté comme période d'assurance ;

b) Un trimestre est également décompté pour chaque nouvelle période d'indemnisation de quatre-vingt-dix jours ;

3°) chaque trimestre civil comportant une échéance du paiement des arrérages de la pension d'invalidité ;

4°) autant de trimestres qu'au cours de l'année civile correspond de fois à cinquante jours la durée :

a. de la détention provisoire, dans la mesure où elle ne s'impute pas sur la durée de la peine ;

b. des périodes antérieures au 1er janvier 1980 durant lesquelles l'assuré était en situation de chômage involontaire constaté ou a bénéficié soit du régime de garantie de ressources auquel se réfère la loi n° 72-635 du 5 juillet 1972, soit de l'allocation spéciale créée par l'article 3 de la loi n° 63-1240 du 18 décembre 1963 ;

c. des périodes postérieures au 31 décembre 1979 durant lesquelles l'assuré dont l'âge est inférieur à celui prévu au 1° de l'article L. 351-8 a bénéficié de l'un des revenus de remplacement prévus à l'article L. 351-5 du code du travail en vigueur avant le 1er avril 1984 ou à l'article L. 351-2 du même code ou de l'une des allocations mentionnées aux articles L. 351-6, L. 351-6-1, L. 351-6-2, L. 351-16, L. 351-17 du même code en vigueur avant cette dernière date, à l'article L. 160-14 et aux 2° et 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du même code ;

d. des périodes postérieures au 31 décembre 1979 pendant lesquelles l'assuré dont l'âge est inférieur à celui prévu au 1° de l'article L. 351-8 et en état de chômage involontaire n'a pu bénéficier ou a cessé de bénéficier de l'un des revenus de remplacement ou de l'une des allocations susmentionnés. Toutefois, ces périodes ne sont prises en compte que dans les conditions et limites suivantes :

-la première période de chômage non indemnisé, qu'elle soit continue ou non, est prise en compte dans la limite d'un an et demi, sans que plus de six trimestres d'assurance puissent être comptés à ce titre ;

-chaque période ultérieure de chômage non indemnisé est prise en compte à condition qu'elle succède sans solution de continuité à une période de chômage indemnisé, dans la limite d'un an ;

-cette dernière limite est portée à cinq ans lorsque l'assuré justifie d'une durée de cotisation d'au moins vingt ans, est âgé d'au moins cinquante-cinq ans à la date où il cesse de bénéficier de l'un des revenus de remplacement ou de l'une des allocations susmentionnés, et ne relève pas à nouveau d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse ;

e. des périodes pendant lesquelles, par application des dispositions de l'article 5 du décret n° 82-991 du 24 novembre 1982 ou de l'article 35 du règlement annexé à la convention du 24 février 1984 relative à l'assurance chômage, l'assuré n'a pas perçu les allocations du régime mentionné à l'article L. 351-2 du code du travail en vigueur avant le 1er avril 1984 ou le revenu de remplacement mentionné à l'article L. 351-2 du même code ou les allocations mentionnées au 2° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du même code ;

f. des périodes pendant lesquelles, par application d'accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail, l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'une allocation versée par son entreprise, sous réserve que, durant lesdites périodes, une convention de conversion ait été conclue entre l'Etat et son entreprise par application du 4° de l'article R. 322-1 du même code ;

g. Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié du revenu de remplacement prévu à l'article R. 322-7-2 du code du travail en application de la convention prévue au VI de cet article ou de la rémunération prévue au quatrième alinéa de l'article L. 321-4-3 du même code ;

h. Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'allocation de congé-solidarité dans les conditions prévues par l'article 15 de la loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 ;

i) Des périodes de stage mentionnées au 8° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale ;

5°) pour les bénéficiaires de la législation sur les accidents du travail, les dispositions des 1° ou 3° ci-dessus sont applicables selon que l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre de l'incapacité temporaire ou une rente pour une incapacité permanente au moins égale à 66 % ;

6°) les périodes pendant lesquelles l'assuré a été présent sous les drapeaux pour son service militaire légal, par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre, sont retenues de date à date, le nombre de trimestres valables correspondant étant, éventuellement, arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

Toutefois, les périodes prévues aux 1°, 2° et 3° ne peuvent être comptées comme périodes d'assurance, postérieurement au 1er janvier 1942, que si mention en a été faite au compte de l'intéressé ;

7°) les périodes pendant lesquelles l'assuré s'est trouvé dans l'une des situations mentionnées au 5° de l'article L. 351-3. Elles sont retenues de date à date, dans les conditions fixées par des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale, le nombre de trimestres valables correspondant étant, éventuellement, arrondi au chiffre immédiatement supérieur. Les arrêtés mentionnés au 5° de l'article L. 351-3 précisent, de plus, les justifications à produire par les intéressés.

8°) Les périodes mentionnées à l'article L. 432-11 ; elles sont retenues de date à date, le nombre de trimestres valables correspondant étant, éventuellement, arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

9° Les périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport dans les conditions et limites suivantes :

a) Ces périodes sont celles postérieures au vingtième anniversaire de l'intéressé ;

b) Ces périodes sont décomptées à raison d'un trimestre par période d'inscription continue de 90 jours, à partir du premier jour d'inscription. Lorsque la période de 90 jours considérée couvre deux années civiles, le trimestre est affecté à l'année civile où cette période compte le plus grand nombre de jours ;

c) Les ressources annuelles de l'intéressé n'excèdent pas, pour l'année civile au titre de laquelle l'assuré demande à bénéficier de ces périodes, 0,75 fois la valeur annuelle du plafond définie en application de l'article L. 241-3. Les ressources prises en considération incluent le total des revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu d'après le barème des revenus taxés à un taux proportionnel ou soumis à un prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu, ainsi que les revenus perçus hors de France ou versés par une organisation internationale ;

d) L'application de ces dispositions ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance validés dans un ou plusieurs régimes de base d'assurance vieillesse obligatoire, au titre d'une même année civile ;

e) Le nombre total de trimestres pouvant être validés par chaque intéressé en application du présent 9° est limité à 16.

L'application des dispositions du présent article ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valable au titre d'une même année civile.

Article R351-13

Les caisses primaires, les institutions ou employeurs assurant le service du revenu de remplacement prévu à l'article L. 351-2 du code du travail, ou des allocations versées en application de l'article L. 160-14, des 2° et 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 et du 4° de l'article R. 322-1 du même code, les services et organismes relevant du ministre chargé du travail et les établissements pénitentiaires doivent fournir aux caisses chargées de la gestion de l'assurance vieillesse les renseignements permettant de prendre en considération les périodes mentionnées du 1° au 5° de l'article R. 351-12 du présent code.

Sous-section 2 : Bénéficiaires de l'indemnité de soins aux tuberculeux.

Article R351-14

Avant le 1er octobre de chaque année, les services du ministère chargé des sports invitent à déposer leur demande les sportifs de haut niveau inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport au cours de l'année civile précédente et qui sont susceptibles d'obtenir la validation d'au moins un trimestre au titre de cette même année civile en application des dispositions du 9° de l'article R. 351-12 du présent code. La demande de l'intéressé est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des sports. Les services du ministère chargé des sports communiquent avant le 31 décembre de la même année à la Caisse nationale d'assurance vieillesse l'ensemble des demandes déposées, accompagnées des pièces justificatives. La Caisse nationale d'assurance vieillesse procède à l'instruction des demandes et informe les intéressés de sa décision avant le 30 avril de l'année suivante.

Article R351-15

Les périodes définies au premier alinéa de l'article L. 161-21 sont prises en compte pour l'ouverture et la liquidation des droits à la pension mentionnée à l'article L. 351-1 à condition qu'elles soient antérieures à l'entrée en jouissance de ladite pension.

Ces périodes sont calculées de date à date et décomptées en trimestres ; toute fraction de trimestre est comptée pour un trimestre. Le nombre total de trimestres retenu ne peut excéder trente-six.

Article R351-16

Les prestations de vieillesse ayant fait l'objet d'une liquidation sont révisées pour tenir compte des périodes validées dans les conditions fixées par les articles R. 351-15 et R. 351-18, dans la limite du maximum de trimestres d'assurance susceptibles d'être pris en compte à la date d'entrée en jouissance initiale de ces prestations.

Conformément aux dispositions de l'article 31 de la loi n° 82-599 du 13 juillet 1982, cette révision prend effet au plus tôt au 1er décembre 1982.

Article R351-17

Les demandes de validation des périodes définies au premier alinéa de l'article L. 161-21 sont adressées à la caisse chargée de la liquidation des droits à prestation de vieillesse dans la circonscription de laquelle l'assuré cotise ou a cotisé en dernier lieu ou qui, le cas échéant, lui sert déjà une prestation de vieillesse.

Si l'assuré avait demandé à effectuer un rachat de cotisations en application des articles R. 742-22 à R. 742-29, la caisse compétente est celle qui a été chargée de l'instruction de la demande de rachat.

Les demandes de validation sont obligatoirement accompagnées d'une attestation délivrée par le service des anciens combattants qui a attribué l'indemnité de soins aux tuberculeux, indiquant :

1°) les périodes durant lesquelles cette indemnité a été servie ;

2°) le cas échéant, les périodes pendant lesquelles l'hospitalisation de l'intéressé a entraîné la suspension de l'indemnité ;

3°) les périodes pour lesquelles l'activité professionnelle éventuellement exercée n'a pas entraîné la suspension de l'indemnité.

Dans le cas prévu au 3°, la demande doit préciser, en outre, le régime d'assurance vieillesse auquel l'intéressé a été affilié au titre de l'activité exercée ainsi que les références sous lesquelles il a cotisé.

Lorsqu'une demande de rachat avait été faite en application de l'article L. 742-4, seule est exigée la production des justifications complémentaires relatives aux périodes d'hospitalisation éventuelle.

Article R351-18

Lorsque, en application du quatrième alinéa de l'article L. 161-21, les cotisations afférentes aux périodes définies au premier alinéa de cet article sont remboursées, lesdites périodes sont validées dans le régime général de sécurité sociale dans les limites fixées à l'article R. 351-15, sauf si cette validation incombe, en vertu de l'article R. 173-18, à un autre régime obligatoire d'assurance vieillesse.

Article R351-19

Les cotisations d'assurance vieillesse rachetées en application de l'article L. 742-4 et afférentes aux périodes définies au premier alinéa de l'article L. 161-21 sont remboursées aux intéressés quelle que soit la date de leur versement.

Toutefois, lorsque l'intéressé a bénéficié de la révision d'une prestation de vieillesse du fait du rachat de ces cotisations, les suppléments de prestation qu'il a ainsi obtenus sont déduits des sommes remboursées en application de l'alinéa premier du présent article.

Article R351-20

Les cotisations versées au titre du rachat et afférentes à des périodes qui ne sont pas susceptibles d'être validées en application du premier alinéa de l'article L. 161-21 restent acquises au régime général de sécurité sociale en vue du calcul des droits à pension correspondants.

Section 3 : Pension pour inaptitude au travail.

Article R351-21

La définition contenue dans l'article L. 351-7 est applicable à l'inaptitude au sens des articles L. 351-8, L. 357-10 et L. 357-14 et de l'article R. 351-31.

Le taux d'incapacité de travail prévu à l'article L. 351-7 est fixé à 50 %.

Pour apprécier si le requérant n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé, il est tenu compte, lorsque l'intéressé n'exerce aucune activité professionnelle au moment de sa demande, de la dernière activité exercée au cours des cinq années antérieures. Au cas où aucune activité professionnelle n'a été exercée durant cette période, l'inaptitude au travail est appréciée exclusivement par référence à la condition d'incapacité de travail de 50 % médicalement constatée compte tenu des aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle.

La procédure de reconnaissance de l'inaptitude est, dans tous les cas, celle qui est prévue à l'article R. 351-22 ci-après.

Article R351-22

L'inaptitude au travail définie par l'article L. 351-7 est appréciée par la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations de vieillesse.

A l'appui de la demande de prestation formulée par l'assuré au titre de l'inaptitude au travail, sont produits :

1°) un rapport médical, dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur lequel le médecin traitant mentionne ses constatations relatives à l'état de santé du requérant ainsi que son avis sur le degré d'incapacité de travail de celui-ci, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle.

Le rapport du médecin traitant est accompagné des renseignements fournis par l'intéressé à l'appui de sa demande, et notamment des indications relatives aux diverses activités exercées par lui dans le passé et à sa situation pendant la période de guerre.

Ce rapport doit être placé sous enveloppe fermée portant le mot "confidentiel", précisant les références nécessaires à l'identification de la demande et mentionnant qu'elle est destinée au médecin conseil chargé du contrôle médical de la caisse intéressée. Elle sera adressée aux services administratifs de la caisse et transmise fermée au médecin conseil ;

2°) pour ceux des requérants qui relèvent de la médecine du travail, une fiche établie par le médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant le requérant à son entreprise et dont le modèle est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du travail. Cette fiche comporte, en vue de l'appréciation de la première condition prévue à l'article L. 351-7, la description de l'état pathologique du requérant en tant qu'il a une incidence sur son aptitude au travail et la mention de celles des exigences particulières du poste et des conditions de travail de l'intéressé qui sont de nature à comporter un risque grave pour sa santé.

Ce document doit être placé sous enveloppe fermée portant le mot "confidentiel", précisant les références nécessaires à l'identification de la demande et mentionnant qu'elle est destinée au médecin conseil chargé du contrôle médical de la caisse intéressée. Elle sera adressée aux services administratifs de la caisse et transmise fermée au médecin conseil.

Dans le cas où cette pièce n'est pas parvenue au médecin conseil dans le délai d'un mois suivant la date à laquelle le médecin du travail a été saisi, il est procédé à l'examen de la demande compte tenu des autres éléments d'appréciation figurant au dossier.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de retraite subordonnée à l'appréciation de l'état de santé de l'intéressé pour inaptitude au travail et de ses accessoires vaut décision de rejet.

Section 4 : Dispositions propres à certaines catégories d'assurés

Article R351-23

Pour bénéficier des dispositions du 4° de l'article L. 351-8, les mères de famille salariées qui ont élevé au moins trois enfants dans les conditions prévues à l'article R. 342-2, doivent :

1°) d'une part, avoir accompli trente années d'assurance dans le régime général ou dans ce régime et celui des salariés agricoles ;

2°) d'autre part, avoir exercé pendant au moins cinq ans, au cours des quinze dernières années précédant leur demande de liquidation de pension, un travail manuel ouvrier.

Est considéré comme travail manuel ouvrier toute activité salariée classée dans la catégorie ouvrière par référence aux classifications professionnelles annexées à la convention collective de travail applicable à l'employeur de l'intéressée.

En tout état de cause, est considéré comme ouvrier tout emploi répondant simultanément aux conditions suivantes :

1°) rémunération sur la base d'un tarif horaire (taux de base de rémunération au rendement ou rémunération au temps) ou bénéficiaire d'un accord de mensualisation ;

2°) affectation permanente et effective à l'un des travaux suivants :

- a. travaux de fabrication et traitements industriels ;
- b. travaux d'entretien et de réparation des constructions, installations et machines ;
- c. travaux de fourniture d'énergie et des fluides nécessaires au fonctionnement des installations et machines ;
- d. travaux de manutention, de conditionnement et de transport ;
- e. travaux du bâtiment et des travaux publics.

Article R351-24

L'assurée qui demande la liquidation de sa pension de vieillesse au titre du 4° de l'article L. 351-8 doit justifier de la nature et de la durée de l'activité dont l'exercice est susceptible de lui ouvrir droit au bénéfice de cette disposition, en produisant, à l'appui de sa demande, une attestation de l'employeur ou des employeurs qui l'ont occupée pendant la période considérée.

Si l'employeur ne peut être retrouvé ou si ses archives ont été détruites, une déclaration sur l'honneur de la requérante peut suppléer à l'attestation de l'employeur.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le modèle d'attestation de l'employeur ainsi que les pièces justificatives dont la déclaration de l'assurée doit être accompagnée.

Lorsque les documents produits par l'assurée ne lui permettent pas de se prononcer, la caisse demande l'avis du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi compétent en raison du lieu où la requérante a exercé son activité.

Dans le cas où cet avis n'est pas parvenu à la caisse dans le délai d'un mois suivant la date à laquelle le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi a été saisi, la caisse prend sa décision en fonction de l'ensemble des éléments d'appréciation dont elle dispose.

Article R351-24-1

L'identité des lésions invoquées au titre d'un accident du travail avec celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle est appréciée dans les conditions prévues au I de l'article L. 351-1-4 par référence à une liste établie par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction des indications figurant dans les tableaux de maladies professionnelles mentionnés à l'article L. 461-2 et annexés au présent code ainsi qu'au code rural et de la pêche maritime, des maladies professionnelles reconnues au titre du quatrième alinéa de l'article L. 461-1 et du barème indicatif d'invalidité des maladies professionnelles mentionné à l'article R. 434-32.

Article R351-24-2

Pour l'application du 1° bis de l'article L. 351-8, la durée minimale d'interruption de l'activité professionnelle est d'au moins trente mois consécutifs. Est assimilée à la fonction d'aidant familial, définie à l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles, la fonction de tierce personne prévue au 2° de l'article R. 245-3 de ce code dans sa rédaction antérieure à la publication du décret n° 2005-1588 du 19 décembre 2005 relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées et modifiant le code de l'action sociale et des familles et le code de la sécurité sociale, remplie auprès d'une personne bénéficiant de l'allocation régie par cet article.

Article R351-24-3

Bénéficiaire des dispositions du 1° ter de l'article L. 351-8 les assurés dont l'incapacité permanente est supérieure ou égale au pourcentage prévu pour l'application de l'article L. 821-2.

La condition d'incapacité permanente mentionnée au 1° ter et ci-dessus est appréciée dans les conditions prévues au titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles.

Section 5 : Taux et montant de la pension.

Article R351-25

En application de l'article L. 351-10-1, l'assuré ne peut bénéficier de la majoration prévue à l'article L. 351-10 avant la date qu'il a fixée, lors de sa demande de liquidation auprès des organismes redevables, pour l'entrée en jouissance de l'ensemble des pensions personnelles auxquelles il peut prétendre. Dans le cas où l'assuré ne remplit pas les conditions d'attribution d'une ou plusieurs de ses pensions à la date pour laquelle il demande le bénéfice de la majoration, il en apporte la preuve par tous moyens. La majoration est alors calculée sans tenir compte de ces pensions jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel ces conditions d'attribution sont remplies.

Article R351-27

I.-Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et de l'article L. 351-8, le taux applicable au salaire annuel de base est déterminé selon les modalités suivantes ;

1°) pour les assurés qui justifient dans le régime général ou dans ce régime et un ou plusieurs autres régimes de base obligatoires, de périodes d'assurance et de périodes reconnues équivalentes, telles que définies aux articles R. 351-3 et R. 351-4, d'une durée au moins égale à une limite, le taux applicable à leur salaire annuel de base est le " taux plein ", soit 50 %.

Bénéficiaire également du " taux plein ", même si elles ne justifient pas de la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée à l'alinéa précédent, les catégories de personnes mentionnées à l'article L. 351-8 ;

La limite prévue au premier alinéa du présent 1° est celle résultant de l'article 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Pour les assurés nés avant le 1er janvier 1949, cette limite est fixée à 160 trimestres ;

2°) pour les assurés qui ne relèvent pas des dispositions du 1° ci-dessus, le taux applicable à leur salaire annuel de base est déterminé à partir du " taux plein " auquel est appliqué un coefficient de minoration qui est fonction soit du nombre de trimestres correspondant à la durée séparant l'âge auquel leur pension prend effet de leur soixante-cinquième anniversaire, s'ils remplissent les conditions prévues au 1° bis ou 1° ter de l'article L. 351-8 ou au III ou IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ou, dans le cas contraire, de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8, soit du nombre de trimestres supplémentaires qui leur serait nécessaire, à la date d'effet de leur pension, pour relever de la première phrase du 1° ci-dessus ; le nombre de trimestres correspondant est éventuellement arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

Le plus petit de ces deux nombres est pris en considération.

Pour chaque trimestre ainsi retenu, le coefficient de minoration à appliquer au " taux plein " est 2,5 % pour les pensions ayant pris effet avant le 1er janvier 2004.

II.-En ce qui concerne les pensions prenant effet postérieurement au 31 décembre 2003, le coefficient de minoration à appliquer au " taux plein " est fixé à :

2,5 % pour l'assuré né avant le 1er janvier 1944 ;

2,375 % pour l'assuré né en 1944 ;

2,25 % pour l'assuré né en 1945 ;

2,125 % pour l'assuré né en 1946 ;

2 % pour l'assuré né en 1947 ;

1,875 % pour l'assuré né en 1948 ;

1,75 % pour l'assuré né en 1949 ;

1,625 % pour l'assuré né en 1950 ;

1,5 % pour l'assuré né en 1951 ;

1,375 % pour l'assuré né en 1952 ;

1,25 % pour l'assuré né après 1952.

Article R351-27-1

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article R. 351-27, le coefficient de minoration du taux plein prévu au 2° de cet article ne peut excéder 25 % lorsque l'assuré peut bénéficier d'une pension de retraite dans les conditions fixées à l'article L. 161-17-4.

Article R351-29

I.-Pour l'application de l'article L. 351-1, et sous réserve des dispositions des articles R. 173-4-3 et R. 351-29-1 le salaire servant de base au calcul de la pension est le salaire annuel moyen correspondant aux cotisations permettant la validation d'au moins un trimestre d'assurance selon les règles définies par l'article

R. 351-9 et versées au cours des vingt-cinq années civiles d'assurance accomplies postérieurement au 31 décembre 1947 dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré.

Les salaires exonérés de cotisations entre le 1er avril et le 31 décembre 1987 en application de l'article L. 241-10 entrent en compte, s'il y a lieu, dans la détermination du salaire servant de base au calcul de la pension. Le salaire servant de base au calcul de la pension est celui correspondant, pour chaque année prise en compte, aux cotisations versées par le salarié au titre des gains et rémunérations perçus au cours de cette année, sans que ce salaire puisse excéder, le cas échéant tous emplois confondus, le montant du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 en vigueur au cours de cette année. Les indemnités journalières mentionnées au 2° de l'article L. 330-1 sont assimilées à un salaire au sens du présent alinéa et prises en compte à hauteur de 125 % de leur montant.

Lorsque l'assuré ne justifie pas de vingt-cinq années civiles d'assurance postérieurement au 31 décembre 1947, les années antérieures sont prises en considération en remontant à partir de cette date jusqu'à concurrence de vingt-cinq années pour la détermination du salaire de base.

Les salaires annuels pris en considération pour déterminer le salaire de base sont les salaires revalorisés par application des dispositions mentionnées à l'article L. 351-11.

Les arrêtés mentionnés à l'article L. 351-11 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Ne sont pas prises en compte pour la détermination du salaire annuel moyen défini au présent article les années comprenant une période au titre de laquelle un versement de cotisations a été effectué en application de l'article L. 351-14-1 ou en application, en ce qui concerne des demandes de rachat déposées à compter du 1er janvier 2011, des articles L. 351-14 ou L. 742-2.

II.-Les caisses primaires assurant le service des indemnités journalières mentionnées au 2° de l'article L. 330-1 fournissent aux caisses chargées de la gestion de l'assurance vieillesse les renseignements permettant de prendre en compte, pour la détermination du salaire servant de base au calcul de la pension, les indemnités journalières mentionnées au deuxième alinéa du I.

Article R351-29-1

I. - Les durées de vingt-cinq années fixées aux premier et troisième alinéas de l'article R. 351-29 sont applicables aux assurés nés après 1947, quelle que soit la date d'effet de leur pension.

II. - Le nombre d'années mentionné aux premier et troisième alinéas de l'article R. 351-29 est de :

Dix années pour l'assuré né avant le 1er janvier 1934 ;

Onze années pour l'assuré né en 1934 ;

Douze années pour l'assuré né en 1935 ;

Treize années pour l'assuré né en 1936 ;

Quatorze années pour l'assuré né en 1937 ;

Quinze années pour l'assuré né en 1938 ;

Seize années pour l'assuré né en 1939 ;

Dix-sept années pour l'assuré né en 1940 ;

Dix-huit années pour l'assuré né en 1941 ;

Dix-neuf années pour l'assuré né en 1942 ;

Vingt années pour l'assuré né en 1943 ;

Vingt et une années pour l'assuré né en 1944 ;

Vingt-deux années pour l'assuré né en 1945 ;

Vingt-trois années pour l'assuré né en 1946 ;

Vingt-quatre années pour l'assuré né en 1947.

Section 6 : Majorations pour enfants - Majorations pour conjoint à charge - Autres majorations.

Article R351-30

La majoration prévue à l'article L. 351-12 est applicable lorsque le bénéficiaire a eu au moins trois enfants. Elle est égale à 10 % du montant de la pension.

La majoration est due à la date d'entrée en jouissance de la pension si, à cette date, les conditions d'attribution sont remplies. Dans le cas contraire, elle est due à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle ces conditions sont remplies.

Section 7 : Liquidation - Entrée en jouissance.

Article R351-34

Les demandes de liquidation de pension sont adressées à la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations de vieillesse dans le ressort de laquelle se trouve la résidence de l'assuré ou, en cas de résidence à l'étranger, le dernier lieu de travail de l'assuré, dans les formes et avec les justifications déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et, en ce qui concerne les demandes présentées pour inaptitude, par l'article R. 351-22.

Toutefois, est recevable la demande adressée à une caisse autre que celle de la résidence de l'assuré. Dans ce cas, c'est la caisse saisie qui est chargée de l'étude et de la liquidation des droits.

La caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg a compétence exclusive pour recevoir la demande, procéder à l'étude et à la liquidation des droits et servir la pension lorsque l'assuré réside dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ou lorsque, résidant hors de ces départements, le bénéficiaire relève du régime local d'assurance maladie en vertu des 9°, 10° et 11° du II de l'article L. 325-1.

Il est donné au requérant récépissé de cette demande et des pièces qui l'accompagnent.

Article R351-35

Les caisses chargées de la liquidation des prestations vieillesse des travailleurs salariés examinent les droits des assurés, compte tenu des dispositions des articles L. 351-2 et L. 351-3.

Article R351-36

Les caisses chargées de la liquidation des droits au titre de l'assurance vieillesse fixent le montant soit de la pension à attribuer à l'assuré, soit du versement forfaitaire unique prévu à l'article L. 351-9.

La rente forfaitaire d'assurances sociales égale à 10 % du montant des cotisations d'assurance vieillesse afférentes à la période antérieure au 1er janvier 1941 est incluse dans la pension de vieillesse.

Article R351-37

I. - Chaque assuré indique la date à compter de laquelle il désire entrer en jouissance de sa pension, cette date étant nécessairement le premier jour d'un mois et ne pouvant être antérieure au dépôt de la demande. Si l'assuré n'indique pas la date d'entrée en jouissance de sa pension, celle-ci prend effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande par la caisse chargée de la liquidation des droits à pension de vieillesse.

II. - L'entrée en jouissance de la pension allouée pour inaptitude au travail ne peut être fixée à une date antérieure au premier jour du mois suivant la date à partir de laquelle l'inaptitude a été reconnue.

III. - L'assuré qui demande à bénéficier des dispositions de l'article L. 351-1-4 en fait la demande auprès de la caisse chargée de la liquidation de sa pension de retraite. Il en est accusé réception.

Cette demande est accompagnée de la notification de rente prévue à l'article R. 434-32 et la notification de la date de consolidation prévue à l'article R. 433-17. Elle comporte en outre, s'il y a lieu, les modes de preuve mentionnés au dernier alinéa du III de l'article L. 351-1-4.

Lorsque la demande de pension de retraite est présentée par un assuré victime d'un accident du travail, la caisse saisit l'échelon régional du service médical dont relève l'assuré au moment du dépôt de sa demande de pension de retraite ou, si l'assuré réside à l'étranger, l'échelon régional du service médical du lieu d'implantation de la caisse chargée de la liquidation de la pension de retraite. L'identité des lésions dont souffre l'assuré avec celles figurant sur la liste prévue à l'article R. 351-24-1 est appréciée par un médecin-conseil du service médical au vu notamment des conclusions médicales figurant sur la notification de rente. Si le médecin-conseil ne reconnaît pas l'identité des lésions avec celles figurant sur cette liste, la caisse notifie à l'assuré le rejet de sa demande de pension de retraite.

Lorsque la demande de pension de retraite relève des dispositions du 1° du III de l'article L. 351-1-4, la caisse saisit, le cas échéant après accomplissement de la procédure prévue à l'alinéa précédent, la commission pluridisciplinaire.

Dans les cas prévus aux deux alinéas précédents, le silence gardé pendant plus de quatre mois par la caisse vaut décision de rejet.

Section 8 : Rachat.

Article R351-37-1

Sont admis, s'ils le demandent, à opérer des versements de rachat pour l'assurance vieillesse au titre du régime général de sécurité sociale des salariés pour la période postérieure au 30 juin 1930 :

a) Les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3 pour la période antérieure à la date à laquelle leur affiliation à l'assurance a été rendue obligatoire ;

b) Les salariés mentionnés à l'article L. 751-1 pour les périodes antérieures au 1er avril 1948 ;

c) Les personnes ayant exercé une activité salariée non agricole dans les départements d'Algérie et du Sahara pour les périodes antérieures à la date d'effet des dispositions législatives ou réglementaires relatives au régime d'assurance vieillesse auquel leur affiliation a été rendue obligatoire ;

d) Les personnes dont l'affiliation à l'assurance a été rendue obligatoire par des dispositions législatives ou réglementaires intervenues postérieurement au 13 juillet 1962.

Article R351-37-2

Les personnes mentionnées à l'article R. 351-37-1 doivent présenter leur demande de rachat dans le délai de dix ans à compter de la date d'effet de leur immatriculation à l'assurance obligatoire.

Les demandes de rachat doivent être présentées dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale aux organismes suivants :

a) Pour les personnes déjà titulaires d'une prestation de vieillesse dans le régime général, à l'organisme qui a liquidé cette prestation ;

b) Pour les personnes déjà autorisées dans le régime général à racheter des cotisations ou à valider gratuitement des périodes de carrière algérienne ou des périodes définies au premier alinéa de l'article L. 161-21, à l'organisme auprès duquel la première demande a été instruite ;

c) Pour les personnes résidant en France et n'entrant pas dans le champ des dispositions précédentes, à la caisse chargée du risque vieillesse du lieu de résidence de ces personnes ;

d) Pour les personnes résidant à l'étranger et n'entrant pas dans le champ des dispositions prévues aux a ou b ci-dessus, les demandes sont adressées à la caisse chargée du risque vieillesse de leur choix.

Pour les personnes dont le dernier lieu de travail se trouvait soit dans la région parisienne, soit dans les départements d'Algérie et du Sahara, la demande doit être présentée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

Lorsque les intéressés sont déjà titulaires d'une prestation de vieillesse, leur demande doit être présentée à la caisse qui a liquidé cette prestation.

Ces organismes sont compétents pour l'encaissement des cotisations de rachat.

Article R351-37-5

Le montant des cotisations dues au titre du rachat est égal à celui des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 351-14-1.

Pour les assurés âgés de soixante-sept ans ou plus à la date de présentation de leur demande de rachat, le montant des cotisations est égal au montant des cotisations prévues par le premier alinéa de l'article L. 351-14-1 pour les assurés âgés de soixante-deux ans, diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

Article R351-37-6

Le versement des cotisations dues peut être échelonné dans les mêmes conditions que pour le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1. Il peut être mis fin au versement dans les mêmes conditions que le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1.

Article R351-37-7

La demande de rachat ne peut concerner des périodes d'activité salariée postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une prestation de vieillesse.

Article R351-37-8

Les droits des personnes qui demandent le bénéfice de l'article L. 351-14 sont liquidés suivant les règles en vigueur dans le régime général à la date d'entrée en jouissance de la pension.

Article R351-37-9

Les assurés peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de dépôt de leur demande de rachat, sous réserve que leur demande de prestation de vieillesse ait été formulée dans les six mois suivant la date à laquelle leur aura été notifiée la décision faisant droit à leur demande de rachat.

Article R351-37-10

En cas de demande de rachat formulée par une personne déjà titulaire d'une prestation de vieillesse, celle-ci est révisée, avec effet au premier jour du mois civil suivant la date de la demande de rachat, compte tenu des périodes validées au titre de rachat, dans la limite du nombre maximum de trimestres susceptibles d'être pris en compte à la date d'entrée en jouissance initiale de cette prestation.

Article R351-37-11

La mise en paiement des pensions est ajournée jusqu'au moment où le versement des cotisations de rachat est terminé.

Section 9 : Dispositions diverses.

Article R351-38

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, les caisses et services gestionnaires des régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse communiquent aux caisses du régime général de sécurité sociale chargées de la liquidation des droits à pension de vieillesse qui leur en ont fait la demande, un relevé mentionnant le nombre total de trimestres d'assurance ou d'activité pris en compte pour le calcul de la pension et, le cas échéant, de trimestres reconnus équivalents ainsi que le décompte de ce nombre par année civile.

Ces périodes décomptées suivant les règles propres à chacun des régimes susvisés sont prises en compte, telles qu'indiquées, par les caisses chargées de la liquidation de la pension de vieillesse prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1.

Section 10 : Retraite progressive.

Article R351-39

La durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au 2° de l'article L. 351-15 est fixée à 150 trimestres au régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires.

Article R351-40

L'assuré qui demande la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci en application de l'article L. 351-15 produit à l'appui de sa demande :

1° Le contrat de travail à temps partiel, établi conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 212-4-3 du code du travail, en cours d'exécution à la date d'entrée en jouissance de la pension de vieillesse ;

2° Une déclaration sur l'honneur attestant qu'il n'exerce plus aucune autre activité professionnelle que celle qui fait l'objet du contrat de travail mentionné au 1°, accompagnée, lorsqu'il exerçait une ou plusieurs activités non salariées, des attestations ou certificats suivants :

a) Un certificat de radiation du registre du commerce et des sociétés, du répertoire des métiers ou du registre des entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ou un certificat de cessation d'activité du chef d'entreprise délivré par la chambre des métiers ;

b) Une attestation de radiation du tableau de l'ordre professionnel dont il relevait ;

c) Une attestation de radiation des rôles de la taxe professionnelle ;

d) Une attestation de radiation du répertoire national des agents commerciaux ;

e) Une attestation de cessation d'activité délivrée par la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle il était affilié en qualité de personne non salariée des professions agricoles.

3° Une attestation de l'employeur faisant apparaître la durée du travail à temps complet applicable à l'entreprise.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le modèle de la déclaration sur l'honneur prévue au 2° du premier alinéa et de l'attestation de l'employeur au 3° du même alinéa.

Article R351-41

La fraction de pension de vieillesse servie en application de l'article L. 351-15 est égale à la différence entre 100 % et la quotité de travail à temps partiel par rapport à la durée du travail à temps complet dans l'entreprise, sans que la quotité de travail à temps partiel ne puisse être inférieure à 40 % et supérieure à 80 %.

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article R. 351-27, le coefficient de minoration du taux plein prévu au 2° du même article ne peut excéder 25 %.

Article R351-42

En cas de modification de la durée de travail à temps partiel ayant une incidence sur la fraction de pension à laquelle peut prétendre l'assuré, celle-ci est modifiée à l'issue d'une période d'un an à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension de vieillesse ; elle est éventuellement modifiée à l'issue de chaque période annuelle en cas de nouvelle modification de la durée de travail à temps partiel.

La modification de la fraction de pension prend effet au premier jour du mois suivant la fin de la dernière période annuelle écoulée.

A l'issue de chaque période d'un an, l'assuré doit justifier de sa durée de travail à temps partiel.

Lorsque le contrat de travail expire moins d'un an après la date d'entrée en jouissance de la pension, l'assuré doit justifier à nouveau de sa situation à la date d'expiration du contrat.

Article R351-43

L'assuré est tenu de faire connaître à la caisse assurant le service de la fraction de pension :

1° La cessation de son activité ;

2° L'exercice d'une activité à temps partiel autre que celle qui lui ouvre droit au service de la fraction de pension ;

3° L'exercice d'une activité à temps complet.

La suppression de la pension à laquelle il est procédé en application de l'article L. 351-16 prend effet au premier jour du mois suivant celui au cours duquel est intervenue la cessation ou la modification de l'activité professionnelle.

Article R351-44

Les caisses chargées de la liquidation des droits à prestations de vieillesse communiquent aux caisses gestionnaires des régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 351-15 :

1° La date d'entrée en jouissance de la pension de vieillesse liquidée en application de l'article L. 351-15 ;

2° Le taux de la fraction de pension servie à l'assuré et ses éventuelles modifications ;

3° La date d'interruption du service de la fraction de pension lorsque celui-ci est supprimé en application du premier alinéa de l'article L. 351-16 ;

4° La date d'effet du service de la pension complète.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 2 : Service des pensions de retraite.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 3 : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de réversion.

Article R353-1

La pension de réversion est attribuée lorsque le conjoint de l'assuré décédé ou disparu ne dispose pas de ressources dépassant un montant fixé par décret. Ces ressources sont appréciées selon les modalités et dans les conditions fixées par les articles R. 815-18 à R. 815-20, R. 815-22 à R. 815-25, R. 815-27 et au deuxième alinéa de l'article R. 815-29. Toutefois, elles ne comprennent pas :

1° Les revenus d'activité et de remplacement de l'assuré décédé ;

2° Les avantages de réversion servis par les régimes légalement obligatoires complémentaires aux régimes de base mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 621-3 du présent code et à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime ;

3° Les revenus des biens mobiliers et immobiliers acquis du chef du conjoint décédé ou disparu ou en raison de ce décès ou de cette disparition.

Les revenus d'activité du conjoint survivant font l'objet d'un abattement de 30 % s'il est âgé de 55 ans ou plus.

Les ressources à prendre en compte lors de la demande sont celles afférentes aux trois mois civils précédant la date d'effet de la pension de réversion. Lorsqu'elles excèdent le quart du plafond applicable en vertu du premier alinéa de l'article L. 353-1, il leur est substitué celles afférentes aux douze mois civils précédant cette date, qui sont alors comparées au montant annuel de ce plafond.

Article R353-1-1

La pension de réversion est révisable en cas de variation dans le montant des ressources, calculé en application des dispositions de l'article R. 353-1, dans les conditions et selon les modalités fixées aux articles R. 815-20, R. 815-38, R. 815-39 et R. 815-42. La date de la dernière révision ne peut être postérieure :

a) A un délai de trois mois après la date à laquelle le conjoint survivant est entré en jouissance de l'ensemble des avantages personnels de retraite de base et complémentaire lorsqu'il peut prétendre à de tels avantages ;

b) A la date à laquelle il atteint l'âge prévu par l'article L. 161-17-2, lorsqu'il ne peut pas prétendre à de tels avantages.

Article R353-2

La majoration prévue aux articles L. 353-1 et L. 353-3 est égale à 10 % de la pension.

La majoration prévue à l'article L. 353-1 ne peut être inférieure au dixième du montant minimum de la pension de réversion.

Article R353-3

Pour déterminer le montant de la pension principale servant de base au calcul de la pension de réversion, dans le cas où l'assuré n'était pas titulaire d'une pension de vieillesse ou d'une rente à la date de son décès et que toutes les conditions de détermination de cette pension ou rente ne sont pas fixées, il est fait application des dispositions applicables aux personnes atteignant leur cinquante-septième anniversaire l'année au cours de laquelle l'assuré est décédé.

Article R353-4

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 353-3, la durée de chaque mariage est déterminée de date à date et arrondie au nombre de mois inférieur.

Lorsque le conjoint survivant et le ou les précédents conjoints divorcés ne réunissent pas tous à la même date les conditions d'attribution de la pension de réversion fixées par l'article R. 353-1, les parts de pension de réversion qui leur sont respectivement dues sont déterminées lors de la liquidation des droits du premier d'entre eux qui en fait la demande ; ces parts de pensions de réversion sont ensuite liquidées au fur et à mesure que les intéressés justifient qu'ils réunissent les conditions susrappelées.

Si, après plusieurs divorces, l'assuré décède sans laisser de conjoint survivant, la pension de réversion doit être partagée, dans les conditions susrappelées, entre ses précédents conjoints divorcés.

Au décès du conjoint survivant ou d'un conjoint divorcé, sa part accroîtra la part de l'autre ou, s'il y a lieu, des autres, à compter du premier jour du mois suivant le décès.

Article R353-6

Lorsque le pensionné ou le titulaire de droits à une pension décède antérieurement à l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8, la pension de réversion du conjoint survivant ou du conjoint divorcé est calculée en fonction du montant de la pension qui aurait été allouée au de cujus au titre de l'incapacité au travail.

Article R353-7

Le conjoint survivant indique la date à compter de laquelle il désire entrer en jouissance de la pension de réversion, sous réserve des conditions suivantes :

1° Cette date est nécessairement le premier jour d'un mois ;

2° Elle ne peut pas être antérieure au premier jour du mois suivant lequel il remplit la condition d'âge prévue à l'article L. 353-1 ;

3° Elle ne peut pas être antérieure au dépôt de la demande. Toutefois :

a) Lorsque la demande est déposée dans le délai d'un an qui suit le décès, la date d'entrée en jouissance peut être fixée au plus tôt au premier jour du mois qui suit le décès ;

b) Lorsque la demande est déposée dans le délai d'un an suivant la période de douze mois écoulée depuis la disparition, la date d'entrée en jouissance peut être fixée au plus tôt au premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré a disparu.

La caisse chargée de la liquidation de la pension de réversion informe le demandeur de son droit à fixer une date d'entrée en jouissance de sa pension et s'il satisfait aux conditions mentionnées aux a ou b du 3°. A défaut d'exercice de ce droit, la date d'entrée en jouissance est fixée au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande sous réserve de la condition mentionnée au 2°.

Article R353-8

Le délai d'un an prévu par l'article L. 353-2 en cas de disparition court à dater soit de la première échéance non acquittée lorsque le disparu était titulaire d'une pension, soit, dans le cas contraire, du jour de la déclaration de la disparition aux autorités de police.

La demande de pension formée par le conjoint est appuyée de procès-verbaux de police et autres pièces relatant les circonstances de la disparition.

En cas de réapparition de l'assuré, la pension liquidée à titre provisoire au profit de son conjoint par application de l'article L. 353-2 est annulée à compter de son entrée en jouissance et les arrérages perçus doivent être reversés à la caisse, sous réserve de l'application de l'article L. 355-3.

Article R353-9

Pour bénéficier de la majoration de la pension de réversion instituée par l'article L. 353-5, le conjoint au sens des articles L. 353-1 à L. 353-3 ne doit pas avoir atteint l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8.

L'âge limite de l'enfant à charge est celui qui résulte de l'application des dispositions de l'article R. 161-4.

Article R353-10

La majoration est due à la date d'entrée en jouissance de la pension de réversion si, à cette date, les conditions d'ouverture du droit à cette majoration sont remplies ou à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle ces conditions sont satisfaites.

La majoration est supprimée le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré cesse d'y avoir droit.

Les intéressés sont tenus de faire connaître les changements intervenus dans leur situation de famille.

Article R353-11

Le montant mensuel de la majoration de pension de réversion instituée par l'article L. 353-5 est fixé à 400 F au 1er janvier 1988 *date*; les coefficients de revalorisation mentionnés au 2° de l'article L. 351-11 lui sont applicables.

Article R353-12

Pour l'attribution de la majoration de pension de réversion prévue à l'article L. 353-6, les avantages personnels de retraite et de réversion servis par les régimes légaux ou rendus obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales du conjoint de l'assuré décédé ou disparu sont appréciés selon les modalités et dans les conditions fixées par les articles R. 815-18 à R. 815-20, R. 815-22 et au deuxième alinéa de l'article R. 815-29.

Les avantages personnels de retraite et de réversion à prendre en compte pour l'attribution de la majoration sont ceux afférents aux trois mois civils précédant sa date d'effet. Lorsque l'addition de ces avantages et du montant de la majoration sur trois mois ainsi que, dans les cas où elle prend effet en même temps que la majoration, du montant de la pension de réversion sur trois mois excède le plafond fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article L. 353-6, la majoration est réduite à due concurrence du dépassement.

Article R353-13

La majoration de pension de réversion est due à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle les conditions d'attribution mentionnées à l'article L. 353-6 sont remplies.

La majoration de pension de réversion peut être révisée lorsque le montant des avantages personnels de retraite et de réversion perçus a varié par rapport au montant calculé selon les modalités prévues à l'article R. 353-12. Aucune révision ne peut plus intervenir :

1° Après l'expiration d'un délai de trois mois à partir de la date à laquelle le conjoint survivant est entré en jouissance de l'ensemble des avantages personnels de retraite de base et complémentaire auxquels il peut prétendre ;

2° Après la date à laquelle il atteint l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8 lorsqu'il ne peut prétendre à de tels avantages.

Article R353-14

En application de l'article L. 353-6, le conjoint survivant ne peut bénéficier de la majoration de pension de réversion avant la date d'entrée en jouissance qu'il a fixée, lors de sa demande de liquidation auprès des organismes redevables, pour l'ensemble des pensions personnelles et de réversion auxquelles il peut prétendre. Dans le cas où il ne remplit pas les conditions d'attribution d'une ou plusieurs de ses pensions à la date pour laquelle il demande le bénéfice de la majoration, il en apporte la preuve par tous moyens. La majoration est alors calculée sans tenir compte de ces pensions jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel ces conditions d'attribution sont remplies.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 4 : Modalités de la demande de pension de réversion.

Article R354-1

Les personnes qui sollicitent le bénéfice des avantages de réversion prévus aux articles L. 353-1 et L. 353-2 adressent à la caisse ou à l'une des caisses ayant liquidé les droits à pension du de cujus la demande mentionnée à l'article R. 173-4-1. Lorsque les droits n'ont pas été liquidés, la demande est adressée à la caisse compétente dans le ressort de laquelle se trouve la résidence de la personne intéressée, cette caisse étant celle du régime de son choix si le de cujus avait relevé de plusieurs régimes. En cas de résidence à l'étranger ou pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 353-3, l'organisme compétent est celui qui a reçu les derniers versements du de cujus ou qui a liquidé ses droits.

La caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg a compétence exclusive pour recevoir la demande, procéder à l'étude et à la liquidation des droits et servir ces avantages, lorsque le bénéficiaire ou, en cas de partage de ces avantages en application de l'article L. 353-3, l'un des bénéficiaires réside dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ou lorsque, résidant hors de ces départements, le bénéficiaire ou l'un des bénéficiaires relève du régime local d'assurance maladie en application des 9°, 10° et 11° du II de l'article L. 325-1. Elle est également compétente pour recevoir les demandes tendant à l'attribution des pensions prévues aux articles L. 357-9 et L. 357-10.

Le conjoint survivant et le conjoint divorcé doivent obligatoirement joindre à cette demande la copie de l'acte de naissance de l'assuré.

Lorsque la demande est formée au titre de l'inaptitude au travail, les documents prévus à l'article R. 351-22 doivent y être joints.

Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de réversion et de ses accessoires vaut décision de rejet.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 5 : Dispositions communes avec l'invalidité.

Article R355-1

L'âge avant lequel les conditions d'attribution de la majoration pour tierce personne doivent être remplies, conformément aux dispositions de l'article L. 355-1, est celui prévu au 1° de l'article L. 351-8.

La majoration pour aide constante d'une tierce personne prévue à l'article L. 355-1 est accordée pour son montant intégral si les conditions d'attribution sont remplies, quelle que soit la durée d'assurance accomplie par l'assuré.

Cette majoration est due à la date d'entrée en jouissance de la pension si, à cette date, les conditions d'attribution sont remplies. Dans le cas contraire, elle est due à compter du premier jour du mois suivant la date de réception de la demande de majoration, dès lors que ces conditions sont remplies.

Article R355-2

Les pensions et rentes prévues au titre IV et aux chapitres Ier à IV du titre V du présent livre ainsi que leurs majorations et accessoires sont payables mensuellement et à terme échu aux dates fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R355-3

Les assurés en instance de liquidation de pension peuvent demander à la caisse primaire d'assurance maladie, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou à la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg, suivant le cas, le versement d'acomptes sur leurs arrérages.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les conditions d'attribution et de paiement des acomptes.

Article R355-4

La caisse primaire d'assurance maladie, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, suivant le cas, notifie à l'intéressé sa décision portant soit attribution d'une pension ou rente, soit droit au versement forfaitaire prévu à l'article L. 351-9.

Le décret prévu à l'article L. 256-2 fixe les conditions de délivrance de l'extrait d'inscription, les modalités de paiement des arrérages ainsi que les règles applicables en matière d'opposition.

Il indique également les conditions dans lesquelles est effectué le paiement aux ayants droit de l'assuré des arrérages des pensions ou rentes afférents à la période antérieure à la date du décès de ce dernier.

Les caisses débitrices peuvent opérer d'office et sans formalité les retenues sur les arrérages des pensions, rentes et avantages accessoires pour le recouvrement des sommes payées indûment aux titulaires. Les sommes retenues ne peuvent excéder la fraction saisissable, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 355-2.

Article R355-5

Il est tenu, par les caisses primaires d'assurance maladie, par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et par la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg, un registre sur lequel sont inscrites les pensions et rentes liquidées.

Article R355-6

Les dispositions des articles R. 355-3 à R. 355-5 sont applicables en ce qui concerne les pensions de veuves et de veufs et les pensions de réversion.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 6 : Assurance décès

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article R361-2

Le capital décès est accordé même en cas de décès survenu soit à la suite d'un accident du travail, soit pendant la journée défense citoyenneté obligatoire, soit pendant une période d'appel ou de mobilisation, soit au cours d'une période de présence sous les drapeaux comme volontaire en temps de guerre.

Article R361-3

Pour l'application des articles L. 361-1 à L. 361-4, les conditions requises par l'article L. 313-1 doivent être remplies à la date du décès.

Les titulaires d'une pension de vieillesse sont considérés comme ayant la qualité d'assurés ouvrant droit au capital décès tant qu'ils remplissent les conditions prévues à l'article L. 313-1 précité.

En cas de pluralité de personnes pouvant se prévaloir du droit de priorité prévu au premier alinéa de l'article L. 361-4, le capital est versé par ordre de préférence au conjoint ou au partenaire d'un pacte civil de solidarité, aux enfants, aux ascendants.

Article R361-4

Les demandes tendant au paiement du capital prévu aux articles L. 361-1 à L. 361-4, sont adressées à la caisse primaire d'assurance maladie.

La décision de la caisse est notifiée aux intéressés.

Lorsque le droit au paiement du capital garanti au décès est ouvert aux descendants mineurs, la demande est formée par le représentant légal. En cas de carence du représentant légal, le juge du tribunal d'instance forme la demande et désigne la personne ou l'établissement qui doit recevoir en dépôt, pour le compte des mineurs, les sommes qui reviennent à ceux-ci.

Article R361-5

Le délai prévu au deuxième alinéa de l'article L. 361-4, après lequel le capital décès peut être attribué aux personnes mentionnées à ce même alinéa, est fixé à un mois suivant le décès de l'assuré.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 6 : Assurance décès

Chapitre 2 : Dispositions communes à l'assurance maladie, à l'assurance maternité et à l'assurance décès.

Article R362-1

Les prestations doivent être payées à l'assuré dans les quinze jours qui suivent tout renvoi de feuilles de soins ou d'incapacité de travail.

La caisse primaire d'assurance maladie paie valablement les prestations dues à l'assuré entre les mains de son conjoint ou, si l'assuré est mineur, soit entre ses mains, soit entre les mains de toute personne justifiant en avoir la charge.

L'assuré ou, en ce qui concerne l'assurance décès, les ayants droit de l'assuré, peuvent déléguer un tiers pour l'encaissement des prestations.

Cette délégation n'est valable que pour les prestations dont le versement est demandé dans le délai de trois mois à compter de la date à laquelle elle a été établie par l'assuré.

En ce qui concerne le capital décès, elle ne peut porter que sur une somme ne dépassant pas le vingt-quatrième du montant maximum de la rémunération annuelle retenue pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.

La délégation ne fait pas obstacle au droit de la caisse de surseoir au paiement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer les prestations par la poste.

Un employé d'une caisse ne peut être délégué par l'assuré pour l'encaissement de prestations que s'il a été spécialement accrédité à cet effet par le conseil d'administration de la caisse.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 1er : Dispositions spéciales aux bénéficiaires de diverses législations de prévoyance et d'aide sociale

Section 1 : Bénéficiaires de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article R371-1

Pour l'application de l'article L. 371-1, le taux d'incapacité de travail doit être au moins des deux tiers.

Pour l'application de l'article L. 371-4, le degré total d'incapacité de l'assuré doit être au moins des deux tiers.

Article R371-2

Le délai de carence mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 371-3 est de trois jours.

Article R371-3

Lorsque le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie a été reconnu, les prestations servies à l'assuré à titre provisionnel dans les conditions déterminées à l'article L. 371-5, s'imputent sur le montant des prestations dues en vertu de la législation des accidents du travail.

Section 2 : Bénéficiaires de la législation des pensions militaires.

Article R371-4

Les indemnités journalières prévues par le troisième alinéa de l'article L. 371-6 sont servies pendant des périodes de trois années séparées par une interruption de deux ans.

Article R371-5

Pour l'application de l'article L. 371-7, le degré total d'incapacité de l'assuré doit être au moins des deux tiers.

Article R371-6

Le règlement intérieur modèle des caisses primaires d'assurance maladie arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale fixe les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie paient les indemnités prévues à l'article L. 371-6 aux assurés malades ou blessés de guerre, lorsque ces assurés reçoivent personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Article R371-7

Pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 371-6, la preuve qui incombe à l'assuré est réputée faite lorsqu'il justifie d'une décision de rejet prise par le service des soins gratuits, sous réserve de la faculté, pour la caisse primaire d'assurance maladie, d'exercer, le cas échéant, telle action que de droit contre ladite décision de rejet en vue d'obtenir le remboursement des prestations qu'elle a servies, dans la limite des prestations légalement dues, en application de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Les délais impartis à la caisse primaire d'assurance maladie pour exercer son recours devant les juridictions compétentes prévues par l'article L. 79 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre sont de même durée que ceux qui sont impartis à l'assuré lui-même. Ils commencent à courir à la date de la réception par la caisse primaire d'assurance maladie de la notification qui doit lui être faite de la décision refusant le bénéfice des soins gratuits.

Section 3 : Bénéficiaires de l'aide sociale.

Article R371-8

Les bénéficiaires des prestations en nature de l'assurance maternité qui n'ont pas droit aux indemnités journalières de repos peuvent recevoir les allocations journalières prévues par l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles dans les conditions fixées par ledit article.

Article R371-9

Les assurés sociaux indigents sont traités dans les mêmes conditions que les autres assurés. Toutefois, ils ne supportent aucune participation aux frais de traitement, sous réserve de l'application des dispositions de l'article L. 371-12.

Article R371-10

Les règlements prévus à l'article L. 371-12 sont valables pour un an au moins.

Ils cessent d'avoir effet au premier jour du trimestre civil suivant leur abrogation par l'autorité administrative compétente en vertu de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 ou la dénonciation par les caisses ou les syndicats médicaux intéressés de l'accord intervenu par l'application de l'article précité.

Si le règlement s'applique à plusieurs caisses d'assurance maladie, la dénonciation mentionnée à l'alinéa précédent ne produit d'effet qu'à l'égard de la ou des caisses qui ont dénoncé l'accord.

Article R371-11

En cas d'application d'un règlement ne prévoyant l'inscription sur les listes d'assistance que pour l'hospitalisation, les assurés sociaux indigents paient directement aux praticiens les frais médicaux et pharmaceutiques, qui leur sont remboursés par la caisse primaire d'assurance maladie, dans les conditions fixées par ledit règlement.

Ce règlement peut, toutefois, autoriser les praticiens à se faire rembourser directement par la caisse primaire d'assurance maladie. Il indique, dans ce cas, les formalités à remplir par eux.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 2 : Service militaire et appel sous les drapeaux. # Volontariat pour l'insertion. # Service civique

Article R372-1

Lorsque à la suite d'une période de service militaire ou d'appel sous les drapeaux l'assuré social est réformé pour maladie ou infirmité contractée en dehors du service ne donnant pas lieu, de ce fait, à l'attribution d'une pension militaire, la pension d'invalidité, dont l'octroi est prévu à l'article L. 372-1, peut lui être accordée dans les conditions prévues audit article, même s'il n'a pas bénéficié des prestations de l'assurance maladie, soit d'office par la caisse primaire d'assurance maladie, soit sur sa demande.

Dans ce cas, la date d'entrée en jouissance de la pension est celle à laquelle l'état d'invalidité est constaté par la caisse primaire d'assurance maladie. Elle ne peut être antérieure à la date du retour de l'assuré dans ses foyers.

Article R372-3

I. - Le volontaire pour l'insertion est affilié à la diligence du centre de formation dans lequel il effectue sa période de volontariat pour l'insertion, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé ce centre de formation.

La caisse remet au volontaire pour l'insertion une carte d'assuré social.

II. - Les cotisations afférentes à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles font l'objet d'un seul versement par l'établissement public d'insertion de la défense mentionné à l'article L. 3114-1 du code de la défense, à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale dans la circonscription de laquelle est situé le centre de formation précité.

Lorsque la durée du volontariat est au plus égale à douze mois, les cotisations mentionnées à l'alinéa précédent sont versées au cours du premier mois du semestre civil qui suit la fin de la période de volontariat.

Lorsque la durée du volontariat dépasse douze mois, les cotisations sont versées :

1° Au titre des cotisations afférentes aux douze premiers mois, au cours du premier mois du semestre civil qui suit le douzième mois après la date de l'affectation du volontaire ;

2° Au titre des cotisations afférentes à la période de volontariat excédant les douze premiers mois, au cours du premier mois du semestre civil qui suit la fin de la période de volontariat.

Le versement intervient à la date d'échéance de paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale applicable à l'établissement public d'insertion de la défense et, à défaut, au quinze du mois.

III. - Les dispositions relatives aux majorations de retard prévues à l'article R. 243-18 sont applicables aux cotisations prévues au II ci-dessus.

Article R372-4

I.-Lorsque le service civique est effectué en métropole ou dans un département d'outre-mer, les obligations de l'employeur sont à la charge de l'Agence du service civique, sous réserve du III ci-dessous, pour les volontaires effectuant un engagement de service civique et à la charge de la personne morale agréée en vertu de l'article L. 120-30 du code du service national pour les autres volontaires en service civique.

La personne agréée auprès de laquelle est effectué l'engagement de service civique communique à l'agence ou à l'organisme versant l'indemnité pour son compte les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs obligations.

II.-Les volontaires en service civique ne sont pas pris en compte pour l'appréciation des effectifs de l'entreprise au sens du III de l'article R. 243-6.

III.-Les cotisations dues au titre des volontaires effectuant un engagement de service civique sont acquittées par l'organisme versant l'indemnité pour le compte de l'Agence du service civique, dans les conditions prévues au 1° de l'article R. 243-6, à une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

IV.-Les dispositions de l'article R. 243-14 ne sont pas applicables aux personnes morales agréées en vertu de l'article L. 120-30 du code du service national au titre des volontaires en service civique.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 3 : Stagiaires de la formation professionnelle.

Article R373-1

Les stagiaires de la formation professionnelle continue rémunérés par l'Etat ou la région dans les conditions définies au titre VI du livre IX du code du travail, qui relèvent du régime général de sécurité sociale ont droit, sous réserve des dispositions de l'article R. 373-4 ci-dessous, au versement, à la charge des services et organismes payeurs des rémunérations de stage, d'indemnités journalières en cas de maladie, de maternité et de paternité, ou d'un capital en cas de décès, dans les conditions fixées ci-après.

Article R373-2

Pour toute maladie née pendant la durée des stages auxquels leur inscription a été acceptée ou, le cas échéant, pendant les trois mois qui suivent la fin de ces stages, l'Etat ou, selon le cas, la région garantit aux stagiaires une indemnité journalière égale à 50 % de leur rémunération journalière de stage.

En cas de repos pour maternité débutant durant la période définie à l'alinéa précédent, l'Etat ou, selon le cas, la région garantit aux stagiaires une indemnité journalière égale à 90 % de leur rémunération journalière de stage.

En cas de congé de paternité débutant pendant la durée du stage et s'achevant avant la fin de celui-ci, l'Etat ou, selon le cas, la région garantit aux stagiaires une indemnité journalière égale à 90 % de leur rémunération journalière de stage.

En cas de décès survenant durant la même période, l'Etat ou, selon le cas, la région garantit aux ayants droit des stagiaires le paiement d'un capital égal à 90 fois la rémunération journalière de stage.

Article R373-3

Les indemnités complémentaires mentionnées ci-dessus sont versées au stagiaire, sous déduction des prestations en espèces dues pour les mêmes risques par son régime de sécurité sociale, jusqu'à concurrence du montant maximum desdites prestations en espèces.

Elles sont dues et servies dans les conditions et durant les périodes fixées pour le paiement de ces prestations.

Article R373-4

Les prestations de sécurité sociale dues, en application des dispositions de l'article L. 962-5 du code du travail et du décret n° 75-454 du 2 juin 1975, aux stagiaires bénéficiaires d'un congé de formation sont exclusives des indemnités prévues par le présent chapitre.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 6 : Recours des caisses contre les tiers.

Article R376-1

Les dépenses à rembourser aux caisses de sécurité sociale en application de l'article L. 376-1 peuvent faire l'objet d'une évaluation forfaitaire dans les conditions prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

La caisse qui a engagé l'action en remboursement par application de l'article L. 376-1 poursuit jusqu'à son terme l'action engagée.

Article R376-2

L'assignation délivrée par la victime ou ses ayants droit à ses caisses de sécurité sociale, aux fins de déclaration de jugement commun, en application de l'article L. 376-1, mentionne, outre la dénomination et l'adresse de ces caisses de sécurité sociale, le numéro de sécurité sociale de la victime.

Article R376-3

Devant les juridictions civiles, le greffe du tribunal informe les caisses de sécurité sociale de la victime de la date de l'audience, dès que celle-ci est fixée.

Article R376-4

I.-Lorsque le directeur de l'organisme de sécurité sociale entend faire application des dispositions de l'article L. 376-4 à l'encontre d'un organisme d'assurance qui a manqué à l'une des obligations d'information mentionnées par cet article, il le lui notifie par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Cette notification précise, d'une part, les date et lieu de l'accident, les nom, prénom et adresse de l'assuré social victime ainsi que les nom, prénom et adresse du ou des tiers responsables identifiés, d'autre part, les faits reprochés et le montant de la pénalité envisagée.

L'organisme d'assurance dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, s'il le souhaite, et pour présenter des observations écrites.

II.-Si, après réception des observations écrites ou audition de l'organisme d'assurance ou en l'absence de réponse de celui-ci à l'expiration du délai mentionné au I, le directeur décide de poursuivre la procédure, il fixe le montant de la pénalité et le notifie dans un délai d'un mois à l'organisme d'assurance par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Cette notification précise les faits retenus et le motif qui, le cas échéant, a conduit au rejet total ou partiel des observations présentées et mentionne l'existence d'un délai de deux mois à partir de sa réception imparti à l'organisme d'assurance pour s'acquitter des sommes réclamées ainsi que les voies et délais de recours.

III.-A défaut de paiement à l'expiration du délai de forclusion prévu au deuxième alinéa de l'article R. 142-1 ou après notification de la décision de la commission de recours amiable instituée à ce même article, le directeur de l'organisme de sécurité sociale compétent adresse à l'organisme d'assurance une mise en demeure par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception. Elle comporte les mêmes mentions que la notification de la pénalité ainsi que l'existence d'un nouveau délai d'un mois imparti, à compter de sa réception, pour acquitter les sommes réclamées. Elle mentionne, en outre, l'existence et le montant de la majoration de 10 % prévue au septième alinéa du IV de l'article L. 114-17-1 et appliquée en l'absence de paiement dans ce délai.

Les dispositions du III de l'article R. 133-9-1 sont applicables pour le recouvrement des pénalités non acquittées mentionnées à l'article L. 376-4.

Article R376-5

Le montant de la pénalité est fixé dans la limite de :

1° 4 000 € et 50 % des sommes obtenues par l'organisme de sécurité sociale à la date de la notification mentionnée au premier alinéa du I lorsque celles-ci sont inférieures à 10 000 € ;

2° 15 000 € et 40 % de ces sommes lorsqu'elles sont supérieures ou égales à 10 000 € et inférieures à 50 000 € ;

3° 20 000 € et 30 % de ces sommes lorsqu'elles sont supérieures ou égales à 50 000 € et inférieures à 100 000 € ;

4° 20 % de ces sommes lorsqu'elles sont supérieures ou égales à 100 000 €.

Toutefois, le montant de la pénalité peut être fixé à un montant supérieur, dans la limite de 50 % des sommes versées, si le directeur de l'organisme de sécurité sociale a déjà prononcé une pénalité à l'encontre de l'organisme d'assurance dans les trois ans qui précèdent la date de la notification prévue au premier alinéa du I.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre préliminaire : Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France

Article R380-3

Les cotisations mentionnées à l'article L. 380-2 et au deuxième alinéa du IV de l'article L. 380-3-1 sont liquidées et recouvrées par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au vu des éléments transmis par l'administration fiscale ou par les personnes affiliées au régime général en application de l'article L. 380-1.

Article R380-4

Les cotisations mentionnées à l'article L. 380-2 et au deuxième alinéa du IV de l'article L. 380-3-1 font l'objet d'un paiement trimestriel auprès de l'organisme de recouvrement, au plus tard le dernier jour ouvré de chaque trimestre civil. En cas d'affiliation au cours du dernier mois d'un trimestre civil, la cotisation afférente à la période d'affiliation courant entre la date de l'affiliation et la fin de ce trimestre fait l'objet d'un versement au plus tard le dernier jour du trimestre civil suivant.

Lorsque l'assuré en fait la demande, sont autorisés par voie dématérialisée le paiement des cotisations mentionnées à l'alinéa précédent ainsi que le paiement mensuel de la cotisation, au plus tard le dernier jour ouvré du mois. Lorsque l'assuré a choisi de payer mensuellement la cotisation, le versement est obligatoirement réalisé par voie dématérialisée.

Lorsque la cotisation n'a pas été versée aux dates limites d'exigibilité fixées au présent article, il est fait application des majorations prévues aux deux premiers alinéas de l'article R. 243-18.

Article R380-5

Lorsque l'assuré n'a pas fourni les éléments permettant de calculer la cotisation dont il est redevable, celle-ci est fixée provisoirement par l'organisme de recouvrement sur la base d'une assiette fixée à cinq fois le

plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle est notifiée la taxation.

La taxation déterminée en application des dispositions de l'alinéa précédent est notifiée à l'assuré par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. La cotisation calculée sur cette base est recouvrée dans les mêmes conditions que la cotisation définitive.

Lorsque l'assuré déclare ses revenus postérieurement à cette notification, la cotisation est régularisée sur cette base, majorée de 10 % pour retard de déclaration.

Article R380-6

Les dispositions des articles R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1, R. 243-20, R. 243-20-3 et R. 243-21 s'appliquent aux personnes redevables de la cotisation mentionnée à l'article L. 380-2, lorsque cette cotisation n'a pas été acquittée à la date limite prévue à l'article R. 380-4 ci-dessus.

Article R380-7

Vingt jours après la date d'échéance prévue à l'article R. 380-4, l'organisme chargé du recouvrement adresse au débiteur une lettre recommandée avec demande d'avis de réception le mettant en demeure de régulariser sa situation dans le délai d'un mois.

La mise en demeure donne le détail des sommes réclamées au titre des cotisations et majorations de retard. Elle précise que la dette peut être contestée dans un délai d'un mois par une réclamation adressée à la commission de recours amiable prévue à l'article R. 243-20 et accompagnée de la mise en demeure. Elle indique l'adresse de cette commission.

Article R380-8

A défaut de règlement dans le délai d'un mois à partir de la mise en demeure, le directeur de l'organisme chargé du recouvrement peut décerner une contrainte dans les conditions fixées par l'article L. 244-9 et la section 2 du chapitre III du titre III du livre Ier.

Article R380-9

Les cotisations peuvent être admises en non-valeur dans les conditions prévues par l'article L. 243-3.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre 1er : Personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges

Section 1 : Bénéficiaires du complément familial, de la prestation d'accueil du jeune enfant, de l'allocation journalière de présence parentale - Personnes assumant la charge d'un handicapé.

Article R381-1

Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, l'affiliation des personnes mentionnées à l'article L. 381-1, est laissée à la diligence de l'organisme ou du service débiteur des prestations familiales.

L'affiliation de la personne ayant la charge d'un enfant handicapé est faite soit à sa demande, soit à la diligence de l'organisme ou du service chargé de la liquidation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

L'affiliation de la personne assumant au foyer familial la charge d'un adulte handicapé est faite à sa demande par l'organisme ou le service débiteur des prestations familiales, sur l'avis conforme et motivé de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles. Cette commission se prononce, après information de la personne handicapée vivant au domicile familial ou bénéficiant d'une prise en charge partielle dans un établissement ou un service médico-social, sur la nécessité pour elle de bénéficier à domicile de l'assistance ou de la présence de l'aidant familial ayant déposé la demande d'affiliation.

Article R381-2

L'immatriculation est effectuée, en tant que de besoin, par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail dans le ressort de laquelle est situé le domicile des intéressés. Lorsque le domicile se situe dans la région parisienne ou dans la région de Strasbourg, sont respectivement compétentes : la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ou la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg.

Cette immatriculation prend effet :

1°) Pour le complément familial et la prestation partagée d'éducation de l'enfant, à compter du premier jour du mois civil au cours duquel sont attribuées l'une ou l'autre de ces prestations ;

2°) Pour l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant, à compter du premier jour du mois civil suivant celui de la naissance.

Article R381-2-1

Est considérée comme exerçant une activité à temps partiel pour l'application du sixième alinéa de l'article L. 381-1 la personne dont les revenus professionnels perçus au cours de l'année d'affiliation sont inférieurs à 63 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée. Sont pris en compte les revenus d'origine professionnelle compris dans les ressources définies à l'article R. 532-3.

Article R381-3

La cotisation due au titre des personnes mentionnées à l'article L. 381-1, à l'exception de celles ayant la charge d'un enfant handicapé ou assumant au foyer familial la charge d'un adulte handicapé et des bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant et de l'allocation journalière de présence parentale, est égale au taux cumulé de la cotisation employeur et salarié dans le régime général de sécurité sociale, pour la couverture du risque vieillesse.

Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire égale, par mois, à 169 fois le salaire horaire minimum de croissance en vigueur au 1er juillet de l'année civile précédente.

Article R381-3-1

La cotisation due au titre des personnes bénéficiaires du complément du libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ou de l'allocation journalière de présence parentale mentionnées à l'article L. 381-1 est égale au taux cumulé de la cotisation employeur et salarié dans le régime général de sécurité sociale, pour la couverture du risque vieillesse. Il en est de même pour les personnes ayant la charge d'un enfant handicapé ou assumant au foyer familial la charge d'un adulte handicapé.

Cette cotisation est assise sur une assiette forfaitaire égale :

1° Pour les bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant, par mois, à :

a) 100 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance pour un complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant au taux de 96,62 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

b) 50 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance pour un complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant au taux de 62,46 % de la base mensuelle des allocations familiales ;

c) 20 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance pour un complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant au taux de 36,03 % de la base mensuelle des allocations familiales ;

2° Pour les bénéficiaires de l'allocation journalière de présence parentale, par jour, à un vingt-deuxième de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance ;

Le salaire horaire minimum de croissance est celui en vigueur au 1er juillet de l'année civile précédente.

3° Pour les personnes ayant la charge d'un enfant handicapé ou assumant au foyer familial la charge d'un adulte handicapé, par mois, à :

a) 100 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance lorsque leurs revenus professionnels perçus au cours de l'année d'affiliation sont inférieurs à 13,6 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée ;

b) 50 % de la valeur de 169 fois le salaire minimum de croissance lorsque leurs revenus professionnels perçus au cours de l'année d'affiliation sont compris entre 13,6 % et 63 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée ;

Sont pris en compte pour l'application des a et b ci-dessus les revenus d'origine professionnelle compris dans les ressources définies à l'article R. 532-3.

Article R381-4

Les modalités de versement des cotisations d'assurance vieillesse, calculées conformément aux dispositions de l'article précédent, ainsi que les documents à produire à l'appui de ce versement, sont fixés par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget.

Section 3 : Etudiants.

Article R381-5

L'âge limite prévu à l'article L. 381-4 est fixé à vingt-huit ans.

Article R381-6

L'arrêté mentionné à l'article L. 381-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'éducation nationale, le ministre chargé des universités ou le ministre intéressé.

Article R381-7

Pour les élèves et les étudiants des établissements, écoles ou classes définis à l'article L. 381-4 qui, au cours de leurs études dans ces établissements, écoles ou classes, ont bénéficié pendant une ou plusieurs périodes de six mois au moins, des prestations de sécurité sociale à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant entraîné l'interruption des études, l'âge limite prévu audit article est reculé d'un temps égal à la durée de la ou desdites périodes.

En outre, des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'éducation nationale et du ministre chargé des universités ou du ministre intéressé, pris après consultation des organisations d'étudiants, fixent les conditions que doivent remplir les assujettis et la liste des établissements pour lesquels l'âge limite peut être reculé de un à quatre ans en considération soit de l'âge minimum ou des diplômes universitaires exigés au début de certaines études, soit de la durée de la scolarité dans certaines disciplines.

Article R381-12

L'immatriculation à l'assurance maladie-maternité s'effectue obligatoirement à la diligence de l'établissement dans le délai de huitaine qui suit l'inscription dans cet établissement de toute personne non encore immatriculée et remplissant les conditions prévues à l'article L. 381-4.

L'immatriculation est opérée par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement. Cette caisse remet à l'étudiant ou élève une carte d'immatriculation du modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R381-13

Faute par l'établissement d'avoir satisfait aux obligations prévues à l'article R. 381-12, l'immatriculation peut être effectuée par la caisse primaire d'assurance maladie, soit de sa propre initiative, soit à la requête de l'intéressé.

Article R381-14

Des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale précisent les conditions dans lesquelles les caisses primaires d'assurance maladie procèdent à l'immatriculation des étudiants et à la vérification des renseignements fournis à cet égard, tant par les établissements que par les intéressés .

Article R381-15

La cotisation forfaitaire prévue au premier alinéa de l'article L. 381-8 est due au titre de chaque période s'étendant du 1er septembre au 31 août de l'année suivante.

Article R381-16

La cotisation forfaitaire fait l'objet d'un versement unique auprès de l'établissement au titre de l'année d'étude, dans les conditions fixées par des arrêtés conjoints du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'éducation nationale et du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

L'établissement auprès duquel s'effectue le versement ne peut majorer le montant de cette cotisation.

Lorsque l'élève ou l'étudiant en fait la demande au moment de son inscription, est autorisé le versement en trois fois de la cotisation forfaitaire. Chaque versement est égal à un tiers de la cotisation forfaitaire. Il est acquitté lors de l'inscription pour le premier versement, puis au cours des premier et deuxième mois suivant celui de l'inscription pour les deuxième et troisième versements.

La cotisation ou le premier versement de la cotisation, lorsque le versement intervient en trois fois, est exigible concomitamment à l'inscription des étudiants qui remplissent les conditions prévues à l'article L. 381-4 à la date de leur demande d'inscription dans l'établissement.

Article R381-17

I.-Les étudiants titulaires d'une bourse de l'enseignement supérieur au titre de la période mentionnée à l'article R. 381-15 sont exonérés de la cotisation due pour cette période.

Les étudiants qui ont déposé un dossier de demande d'obtention ou de renouvellement d'une bourse au titre de la période mentionnée à l'article R. 381-15 procèdent au versement de la cotisation à titre provisionnel. Il est procédé au remboursement de celle-ci en cas de décision favorable. Sont cependant dispensés de ce versement à titre provisionnel les étudiants qui, en application des dispositions législatives et réglementaires relatives aux bourses de l'enseignement supérieur, justifient de conditions sociales leur permettant de prétendre au bénéfice ou au renouvellement d'une bourse au titre de l'année universitaire à venir. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'enseignement supérieur fixe les modalités d'application du présent article.

II.-Les étudiants qui justifient au moment de leur inscription d'une activité professionnelle couvrant la période mentionnée à l'article R. 381-15 et leur permettant de justifier des conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèce du régime de l'activité considérée sont exonérés de la cotisation due au titre de cette période.

III.-Les étudiants qui, au cours de la période mentionnée à l'article R. 381-15, cessent de remplir les critères mentionnés au I ou au II leur ayant permis d'être exonérés de la cotisation due au titre de cette période, sont redevables de cette cotisation, sauf si cette situation intervient au cours des deux derniers mois de cette période. Le montant de la cotisation est réduit de moitié si cette situation intervient à compter du septième mois et antérieurement au onzième mois de la période mentionnée à l'article R. 381-15.

La cotisation est exigible dans les trente jours calendaires suivant la date à laquelle les étudiants ne remplissent plus les critères mentionnés au I ou au II.

Lorsque l'étudiant le demande, la cotisation due dans ces cas est versée en trois fois. Le premier versement intervient à la date d'exigibilité mentionnée au premier alinéa, puis au cours des premier et deuxième mois suivant ce premier versement.

IV.-Les étudiants âgés de moins de 20 ans sur la totalité de la période mentionnée à l'article R. 381-15 sont exonérés de la cotisation due pour cette période.

Article R381-18

Les étudiants qui débutent une activité professionnelle au cours de la période mentionnée à l'article R. 381-15 sont redevables des cotisations et contributions sociales à ce titre et ne peuvent prétendre au remboursement de tout ou partie de la cotisation forfaitaire due pour cette même période.

Article R381-19

Les inscriptions dans les établissements, écoles ou classes définis à l'article L. 381-4 ne peuvent être acceptées que moyennant le versement de la cotisation prévue au premier alinéa de l'article L. 381-8, sous réserve des dispositions prévues aux articles R. 381-16 et R. 381-17. Au cas où l'inscription est faite pour une durée excédant la période mentionnée à l'article R. 381-15, elle ne reste valable qu'autant que la cotisation annuelle a été effectivement versée.

En cas de fractionnement du versement de la cotisation dans les conditions prévues à l'article R. 381-16 et à défaut de versement des deuxième et troisième fractions de la cotisation, la somme restant due est exigible dans les trente jours suivant l'incident de paiement, après mise en demeure, et son montant est majoré de 5 %

Article R381-20

Les étudiants bénéficient de la réduction ou suppression de la participation dans les conditions prévues aux articles L. 160-13 et L. 160-14, sans qu'ils aient à justifier d'une interruption d'études.

Article R381-21

Les modalités de calcul et de répartition des remises de gestion qui sont destinées à la couverture des frais de gestion administrative afférents au service des prestations légales aux étudiants sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé des universités et du ministre chargé du budget.

Article R381-22

L'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 381-8 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'éducation nationale, le ministre chargé des universités et le ministre chargé du budget.

Section 5 : Invalides de guerre.

Article R381-80

Pour l'application de l'article L. 381-20, sont considérés comme assurés obligatoires :

1°) les invalides titulaires d'une pension du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre basée sur un taux d'invalidité d'au moins 85 %, quelle que soit l'origine de l'infirmité ;

2°) les veuves non remariées, titulaires d'une pension du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

3°) les enfants légitimes, adoptifs, naturels reconnus, ayant droit au bénéfice des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, chaque fois que le décès du père est imputable à un service accompli au cours d'une guerre ou au cours d'une expédition déclarée campagne de guerre par l'autorité compétente ;

4°) les enfants légitimes, adoptifs, naturels reconnus, ayant droit au bénéfice des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, dont le père était titulaire d'une pension militaire basée sur un taux d'invalidité d'au moins 85 % pour des infirmités imputables à un service accompli au cours d'une guerre ou au cours d'une expédition déclarée campagne de guerre par l'autorité compétente ;

5°) les aveugles de la Résistance, bénéficiaires de l'article L. 189 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

6°) les victimes civiles de la guerre définies ci-après :

a. les invalides victimes civiles de la guerre titulaires d'une pension du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, basée sur un taux d'invalidité d'au moins 85 % ;

b. les veuves non remariées titulaires d'une pension de victime civile de la guerre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

c. les enfants légitimes, adoptifs, naturels reconnus, bénéficiaires d'une pension de victime civile de guerre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, chaque fois que le décès de leur auteur est imputable aux événements ouvrant droit à pension au titre du chapitre 1er du titre III du livre II du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, à l'exception de ceux mentionnés à l'article L. 206, ainsi que de ceux mentionnés à l'article L. 208 qui se sont produits hors des délais fixés aux articles L. 193 et L. 197 ;

d. les enfants légitimes, adoptifs, naturels reconnus, bénéficiaires d'une pension de victime civile de guerre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, dont l'auteur était lui-même titulaire

d'une pension dudit code basée sur un taux d'invalidité d'au moins 85 % au titre du chapitre 1er du titre III du livre II du code précité, à l'exception de l'article L. 206 et de l'article L. 208 pour des infirmités résultant d'évènements qui se sont produits hors des délais fixés aux articles L. 193 et L. 197 ;

7°) les ascendants pensionnés au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, âgés de plus de soixante-cinq ans et ne relevant pas déjà d'un régime obligatoire d'assurance maladie au titre d'une activité professionnelle.

Article R381-81

L'affiliation aux assurances sociales des personnes mentionnées à l'article L. 381-20 intervient soit à la requête des intéressés, soit d'office par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de leur résidence ou, pour ses ressortissants, par la caisse nationale militaire de sécurité sociale, soit à la diligence du service départemental de l'office national des anciens combattants et victimes de guerre. La demande d'affiliation est établie suivant le modèle fixé par décision conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des anciens combattants. Cette demande est adressée au service départemental de l'office national des anciens combattants et victimes de guerre dans la circonscription duquel se trouve la résidence de l'intéressé. Si elle est reconnue fondée, le service précité l'envoie, après visa de l'administration compétente, à la caisse primaire d'assurance maladie ou, pour ses ressortissants, à la caisse nationale militaire de sécurité sociale, qui procède à l'immatriculation de l'intéressé. Ce dernier est avisé de cette transmission par les soins du service départemental susmentionné. Dans le cas contraire, le service départemental de l'office national des anciens combattants et victimes de guerre renvoie la demande à l'intéressé en lui indiquant les motifs de la non-recevabilité de celle-ci.

Article R381-82

La caisse primaire d'assurance maladie qui est saisie d'une demande d'affiliation concernant un orphelin de guerre majeur titulaire d'une pension en vertu des dispositions de l'article L. 57 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, transmet cette demande dans les quinze jours de sa réception à la commission technique régionale prévue à l'article L. 143-2 du présent code en y joignant l'avis du contrôle médical.

La décision de la commission est notifiée à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'intéressé qui peuvent, l'un et l'autre, interjeter appel de cette décision devant la commission nationale technique prévue à l'article L. 143-3 du présent code dans les conditions et suivant la procédure fixées par le chapitre 3 du titre IV du livre Ier.

La même procédure est appliquée aux orphelins déjà immatriculés lorsqu'ils atteignent leur majorité, s'ils sont titulaires d'une pension en vertu des dispositions de l'article L. 57 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Article R381-83

Les caisses d'assurance maladie remettent aux intéressés une carte d'immatriculation. Elles notifient l'immatriculation au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques, assignataire de la pension des intéressés. Ledit directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques accuse réception à la caisse de cette notification.

Article R381-84

La date d'effet de l'immatriculation est celle à laquelle les bénéficiaires remplissent les conditions prévues à l'article R. 381-80.

Article R381-85

Pour l'application de l'article L. 381-20, et en ce qui concerne les intéressés qui ne pourraient bénéficier à un autre titre des prestations en nature de l'assurance maternité, sont réputées avoir la qualité d'assurés sociaux les personnes qui, à quelque régime qu'elles appartiennent, bénéficient de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie soit en qualité de salariés ou assimilés, soit en qualité d'anciens salariés ou assimilés titulaires comme tels d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de vieillesse des assurances sociales ou d'une rente d'accident du travail correspondant à une incapacité de travail des deux tiers au moins.

Article R381-86

Dans le cas où une personne mentionnée aux 1°, 2°, 5° et 6°, a, b et 7° de l'article R. 381-80 a déjà la qualité d'ayant droit d'assuré, au sens du 2° de l'article L. 161-1 ou de l'article R. 742-2 du code rural et de la pêche maritime, elle doit être également affiliée aux assurances sociales, conformément aux dispositions de la présente section. Elle bénéficie à ce titre de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

Article R381-87

Lorsque les personnes mentionnées à l'article R. 381-85 ne peuvent bénéficier des prestations de l'assurance maternité au titre d'un autre régime, celles-ci leur sont allouées au titre du régime défini aux articles L. 381-20 et suivants.

Article R381-88

La cotisation prévue à l'article L. 381-23 est assise sur le montant de la pension allouée au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre et de ses accessoires à l'exception des prestations

familiales et de l'indemnité de soins prévue à l'article L. 41 dudit code, dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du présent code.

Le taux de la cotisation est celui qui est fixé pour les fonctionnaires retraités et les veuves de fonctionnaires. Ce taux est réduit, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé des anciens combattants et du ministre chargé du budget, en ce qui concerne les personnes mentionnées à l'article R. 381-85 ci-dessus qui continuent à relever pour l'assurance maternité, des dispositions du 2° de l'article L. 381-22.

Article R381-89

La cotisation mentionnée à l'article précédent est due à compter de la date d'effet de l'immatriculation ; elle est précomptée sur les arrérages des pensions servies aux intéressés qui sont payées pour le net.

En fin de trimestre, le ministre chargé du budget verse à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou à la caisse nationale militaire de sécurité sociale, suivant le cas, une provision à valoir sur le produit de la cotisation des intéressés et sur la contribution de l'Etat prévue au 2° de l'article L. 381-23. Cette provision, inscrite au budget de l'Etat, est fixée au quart du montant des charges supportées par lesdites caisses pour l'application de la présente section, telles que lesdites charges ressortent du dernier compte connu.

Pour chaque année, il est procédé à la comparaison entre le montant des provisions versées aux caisses nationales et le montant des charges supportées par lesdites caisses au titre de la présente section. Si cette comparaison fait ressortir un excédent de versement, cet excédent est précompté sur la première provision trimestrielle à verser ; dans le cas contraire, il est procédé à un versement complémentaire au profit de la caisse intéressée.

Article R381-90

Le montant des sommes versées à la caisse nationale de l'assurance maladie, dans les conditions prévues à l'article précédent est réparti entre les caisses primaires d'assurance maladie selon des modalités qui sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R381-91

Lorsqu'une personne mentionnée à l'article L. 381-20 perd cette qualité du fait de la suppression ou de la modification de la pension qui lui a été allouée au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, l'administration liquidatrice de la pension doit aviser la caisse d'assurance maladie à laquelle était affilié l'intéressé du retrait du livret de pension ou de la modification intervenue en ce qui concerne ladite pension.

Article R381-92

La personne mentionnée à l'article L. 381-20 qui perd cette qualité du fait qu'il exerce une activité professionnelle l'assujettissant à un autre régime de sécurité sociale doit signaler sa situation à la caisse d'assurance maladie à laquelle il était affilié en vertu dudit article. Cette caisse procède à la radiation, sous réserve des dispositions de l'article L. 161-15-2.

Article R381-93

Dans les cas mentionnés aux articles R. 381-91 et R. 381-92, la caisse notifie la radiation au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques assignataire de la pension.

Section 6 : Sapeurs-pompiers volontaires

Article R381-95

Le taux d'invalidité mentionné à l'article L. 381-25 est fixé à 66,66 %.

Article R381-95-1

L'affiliation aux assurances sociales prévue à l'article L. 381-25 intervient soit à la requête des intéressés, soit d'office par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de leur résidence, soit à la diligence de la Caisse des dépôts et consignations.

Article R381-95-2

La demande d'affiliation est établie suivant un modèle fixé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Cette demande est adressée à la Caisse des dépôts et consignations, qui la renvoie, avec son avis, à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé le lieu de résidence de l'intéressé.

Article R381-95-3

La caisse primaire d'assurance maladie procède à l'immatriculation de l'intéressé et lui remet une carte d'immatriculation.

Elle notifie l'immatriculation à la Caisse des dépôts et consignations. Celle-ci accuse réception à la caisse primaire d'assurance maladie de cette notification.

La date d'effet de l'immatriculation est celle à laquelle les bénéficiaires remplissent les conditions prévues à l'article L. 381-25.

Article R381-95-4

Dans le cas où une personne mentionnée à l'article L. 381-25 a déjà la qualité d'ayant droit d'assuré en vertu du 2° de l'article L. 161-1 du présent code, elle doit également être affiliée aux assurances sociales, conformément aux dispositions de la présente section.

Elle bénéficie à ce titre de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

Article R381-95-5

La cotisation prévue au 1° de l'article L. 381-23 est assise, dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3, sur le montant de la rente ou de la pension allouée au titre des articles 11 et 13 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991.

Article R381-95-6

La cotisation mentionnée à l'article précédent est due à compter de la date d'effet de l'immatriculation.

La Caisse des dépôts et consignations verse annuellement à la Caisse nationale d'assurance maladie, d'une part, les sommes correspondant au produit des cotisations des bénéficiaires mises à la charge de l'Etat par le dernier alinéa de l'article L. 381-23 et, d'autre part, la contribution de l'Etat prévue au 2° de l'article L. 381-23.

Cette contribution est calculée, selon les dispositions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la sécurité civile, de façon à adapter le produit des cotisations aux charges supportées par les caisses primaires d'assurance maladie en application de l'article R. 381-95-8.

Article R381-95-7

Le montant des sommes versées à la Caisse nationale d'assurance maladie, dans les conditions prévues à l'article précédent, est réparti entre les caisses primaires d'assurance maladie selon des modalités qui sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R381-95-8

Les personnes mentionnées à l'article L. 381-25 et, le cas échéant, leurs enfants à charge, mentionnés au 2° de l'article L. 161-1, ont droit à la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

Toutefois, cette prise en charge n'est accordée aux sapeurs-pompiers volontaires mentionnés au 1° de l'article L. 381-25 que pour les maladies, blessures ou infirmités autres que celles ayant donné lieu à l'attribution de la rente d'invalidité prévue à l'article 11 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991. Ils sont dispensés, pour eux personnellement, du pourcentage de participation aux frais médicaux et pharmaceutiques ou autres mis à la charge des assurés malades.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des pièces à fournir aux caisses primaires d'assurance maladie pour bénéficier des prestations prévues au présent article.

Article R381-95-9

Lorsqu'un bénéficiaire de l'article L. 381-25 perd cette qualité du fait de la suppression ou de la modification de la rente ou de la pension, la Caisse des dépôts et consignations doit aviser la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle était affilié l'intéressé de la modification intervenue en ce qui concerne la rente ou la pension.

Le bénéficiaire de l'article L. 381-25 qui perd cette qualité du fait qu'il se trouve assujéti à un autre régime de sécurité sociale doit signaler sa situation à la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle il était affilié.

La caisse primaire d'assurance maladie procède à la radiation de l'assuré et en informe l'intéressé, ainsi que la Caisse des dépôts et consignations, sous réserve des dispositions de l'article L. 161-15-2.

Section 8 : Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Article R381-96

Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés sont immatriculés soit sur leur demande, soit à la diligence de l'organisme débiteur de l'allocation aux adultes handicapés.

Section 9 : Détenus

Sous-section 1 : Assurances maladie et maternité.

Article R381-97

Les détenus mentionnés à l'article L. 381-30 sont immatriculés, à la diligence du chef de l'établissement pénitentiaire dans lequel ils sont incarcérés, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé cet établissement.

La caisse primaire d'assurance maladie délivre aux détenus un document attestant de leur affiliation à l'assurance maladie.

Article R381-98

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 381-30, les cotisations sont assises sur le montant total des rémunérations brutes des détenus.

Article R381-99

Le taux de la cotisation d'assurance maladie et maternité sur les rémunérations versées aux détenus est fixé à 4,20 % du montant brut de ces rémunérations. Cette cotisation est à la charge de l'employeur.

Lorsque le travail est effectué par voie de concession, la cotisation patronale est prélevée sur le produit de la redevance spéciale créée par l'article 28 de la loi n° 55-359 du 3 avril 1955 relative aux comptes spéciaux du Trésor pour l'année 1955.

Article R381-100

Pour l'application de l'article L. 381-30-3, le montant global des cotisations dues par l'Etat pour une année civile est déterminé en multipliant le montant de la cotisation prévue à l'article L. 381-30-2 applicable au 1er juillet de l'année précédente par le nombre de détenus correspondant à la moyenne des détenus présents le premier jour de chaque mois dans les établissements pénitentiaires au cours de la période comprise entre le 1er juillet de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année précédente.

Sous-section 2 : Assurance vieillesse.

Article R381-103

Les détenus exécutant un travail pénal ou suivant un stage de formation professionnelle, affiliés obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale en application de l'article L. 381-31, sont immatriculés à la diligence du chef d'établissement pénitentiaire dans lequel ils sont incarcérés suivant les conditions prévues à l'article R. 381-97.

Article R381-104

Les cotisations, salariale et patronale, sont fixées au taux de droit commun du régime général. Elles sont assises sur le total des rémunérations brutes des détenus.

Article R381-105

Lorsque le travail est effectué pour le compte de l'administration et rémunéré sur les crédits affectés au fonctionnement des services généraux, les cotisations, salariale et patronale, sont intégralement prises en charge par l'administration. En outre, elles sont assises sur un montant forfaitaire établi par mois et égal au salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année et calculé sur la base de 67 heures.

Article R381-106

Lorsque le travail est effectué par voie de concession, la cotisation patronale est prélevée sur la redevance spéciale créée par l'article 28 de la loi n° 55-359 du 3 avril 1955.

Article R381-107

La part de cotisation à la charge du détenu est précomptée sur sa rémunération lors de chaque paie, sous réserve de l'application de l'article R. 381-105.

Article R381-109

L'administration pénitentiaire adresse chaque année, avant le 31 janvier, aux organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale désignés en application des dispositions de l'article R. 243-44-1, une

déclaration nominative par établissement pénitentiaire faisant ressortir le montant total des rémunérations brutes de chacun des détenus ayant effectué un travail pénal au cours de l'année civile précédente.

Article R381-110

Les personnes ayant exécuté un travail pénal antérieurement au 1er janvier 1977 sont admises, si elles le demandent, à opérer des versements de rachat pour l'assurance vieillesse, au titre des périodes de détention comprises entre le 1er juillet 1930 et le 31 décembre 1976 inclus.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux personnes qui, avant le 1er janvier 1977, ont fait l'objet d'une détention provisoire dans la mesure où la durée de celle-ci n'a pas été imputée sur la durée de la peine.

Article R381-111

Les demandes de rachat doivent être présentées soit dans le délai de dix ans à compter de la date d'effet de l'immatriculation à l'assurance obligatoire, soit dans le délai de dix ans à compter de la libération des intéressés.

Les caisses compétentes pour recevoir les demandes et encaisser les cotisations de rachat sont celles qui sont déterminées par l'article R. 351-37-2.

Article R381-114

Le montant des cotisations dues au titre du rachat est égal à celui des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 351-14-1.

Pour les assurés âgés de soixante-sept ans ou plus à la date de présentation de leur demande de rachat, le montant des cotisations est égal au montant des cotisations prévues par le premier alinéa de l'article L. 351-14-1 pour les assurés âgés de soixante-deux ans, diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

Article R381-115

Le versement des cotisations dues peut être échelonné dans les mêmes conditions que le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1. Il peut être mis fin au versement dans les mêmes conditions que pour le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1.

Article R381-116

La demande de rachat ne peut concerner des périodes de détention postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une prestation de vieillesse.

Article R381-117

Les droits des personnes qui demandent le bénéfice de l'article R. 381-110 sont liquidés suivant les règles en vigueur dans le régime général à la date d'entrée en jouissance de la pension.

Article R381-118

Les assurés peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de dépôt de leur demande de rachat, sous réserve que leur demande de prestation de vieillesse ait été formulée dans les six mois suivant la date à laquelle leur aura été notifiée la décision faisant droit à leur demande de rachat.

Article R381-119

Pour les personnes déjà titulaires d'une prestation de vieillesse, les droits sont révisés compte tenu des périodes antérieures à la date d'effet de la liquidation de cette prestation et ayant donné lieu à un versement de rachat dans la limite du nombre maximum de trimestres susceptibles d'être pris en compte à la date d'entrée en jouissance initiale. La prestation de vieillesse révisée prend effet au premier jour du mois civil suivant la date de la demande de rachat.

Article R381-120

La mise en paiement des pensions correspondant au rachat est ajournée jusqu'au moment où le versement des cotisations de rachat est terminé.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre 2 : Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques

Section 1 : Artistes auteurs

Sous-section 1 : Champ d'application.

Article R382-1

Sont affiliées aux assurances sociales prévues au chapitre II du titre VIII du livre III (partie Législative) et à l'article R. 382-2 les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 qui, au cours de la dernière année civile, ont tiré de leur activité d'artiste-auteur un revenu d'un montant au moins égal à 900 fois la valeur horaire moyenne du salaire minimum de croissance en vigueur pour l'année civile considérée, évalué conformément aux dispositions de l'article L. 382-3.

Un artiste-auteur qui ne remplit pas les conditions de ressources visées au premier alinéa peut être affilié aux assurances sociales prévues au présent chapitre s'il fait la preuve devant la commission compétente prévue à l'article L. 382-1 qu'il a exercé habituellement l'une des activités relevant du présent chapitre durant la dernière année civile.

Les dispositions des deux alinéas précédents s'appliquent sous réserve des mesures particulières qui concernent les auteurs d'oeuvres photographiques aux termes des dispositions de l'article L. 382-1.

Lorsqu'un artiste-auteur affilié aux assurances sociales prévues au présent chapitre a retiré de son activité d'artiste, au cours d'une année civile, un montant de ressources inférieur à 900 fois la valeur horaire moyenne du salaire minimum de croissance, son affiliation peut être maintenue par la caisse primaire d'assurance maladie, après avis de la commission prévue à l'article L. 382-1.

La radiation est prononcée par la caisse primaire d'assurance maladie à l'issue de cinq années successives de maintien de l'affiliation lorsque l'artiste-auteur a tiré chaque année de son activité d'artiste un montant de ressources inférieur à 450 fois la valeur horaire moyenne du salaire minimum de croissance en vigueur pour chaque année considérée. Le maintien peut cependant être exceptionnellement prolongé sur proposition motivée du directeur de l'organisme agréé compétent ou du médecin-conseil de la caisse.

Article R382-2

Entrent dans le champ d'application du présent chapitre les personnes dont l'activité, relevant des articles L. 112-2 ou L. 112-3 du code de la propriété intellectuelle, se rattache à l'une des branches professionnelles suivantes :

1°) Branche des écrivains :

- auteurs de livres, brochures et autres écrits littéraires et scientifiques ;
- auteurs de traductions, adaptations et illustrations des oeuvres précitées ;
- auteurs d'oeuvres dramatiques ;
- auteurs d'oeuvres de même nature enregistrées sur un support matériel autre que l'écrit ou le livre ;

2°) Branche des auteurs et compositeurs de musique :

- auteurs de composition musicale avec ou sans paroles ;
- auteurs d'oeuvres chorégraphiques et pantomimes ;

3°) Branche des arts graphiques et plastiques :

- auteurs d'oeuvres originales graphiques et plastiques telles que celles définies par les alinéas 1° à 6° du II de l'article 98 A de l'annexe III du code général des impôts ;

4°) Branche du cinéma et de la télévision :

- auteurs d'oeuvres cinématographiques et audiovisuelles, quels que soient les procédés d'enregistrement et de diffusion ;

5°) Branche de la photographie :

- auteurs d'oeuvres photographiques ou d'oeuvres réalisées à l'aide de techniques analogues à la photographie.

Sous-section 2 : Organismes agréés et commissions.

Article R382-3

Les commissions instituées par l'article L. 382-1 sont composées de représentants de l'Etat, de représentants des organisations syndicales et professionnelles des artistes auteurs et de représentants des personnes mentionnées à l'article L. 382-4 désignées ci-après sous le nom de "diffuseurs".

Article R382-4

Les membres des commissions sont nommés pour trois ans par arrêté conjoint du ministre chargé de la culture et du ministre chargé de la sécurité sociale. Les représentants des artistes auteurs sont nommés sur proposition des organisations professionnelles et syndicales représentatives des intéressés. Les représentants des diffuseurs sont nommés après consultation des organisations professionnelles de ces derniers.

Il est institué une commission pour chacune des branches professionnelles mentionnées à l'article R. 382-2. Les commissions sont ainsi composées :

Commissions	Nombre de membres représentants			Total
	Des auteurs	Des diffuseurs	De l'Etat	
Commission des écrivains	7	2	2	11
Commission des auteurs, compositeurs de musique et chorégraphes	6	3	2	11
Commission des auteurs d'œuvres graphiques et plastiques	6	3	2	11
Commission des auteurs d'œuvres cinématographiques et audiovisuelles	6	3	2	11
Commission des photographes indépendants	6	3	2	11

Il est désigné un suppléant pour chaque membre titulaire.

Article R382-5

Les commissions élisent leur président pour trois ans parmi leurs membres.

Elles se réunissent au moins une fois par trimestre sur convocation de leur président.

Elles émettent leur avis à la majorité des membres présents, compte non tenu des représentants de l'Etat, qui ne prennent pas part au vote. Ces derniers peuvent assortir de réserves tout avis qui ne leur paraît pas conforme aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Elles établissent leur règlement intérieur qui est soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

Un suppléant ne siège qu'en l'absence du titulaire qu'il remplace.

Article R382-6

L'accomplissement des missions prévues au dernier alinéa de l'article L. 382-4 est assuré pour le compte du régime général par deux organismes agréés, l'un pour les branches professionnelles mentionnées aux 1°, 2°, 4° et 5° de l'article R. 382-2, et l'autre pour la branche professionnelle mentionnée au 3° du même article.

Peuvent être agréées conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 382-4, pour l'accomplissement des missions prévues à l'article R. 382-7, des associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, et dont les statuts satisfont aux dispositions des articles R. 382-8 à R. 382-11.

L'agrément est donné par arrêté conjoint du ministre chargé de la culture et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R382-7

Les organismes agréés assurent le recouvrement des cotisations et contributions instituées par les articles L. 382-3 et L. 382-4. Ils assument les obligations des employeurs en matière d'affiliation. A cet effet, ils instruisent les dossiers des artistes auteurs pour lesquels ils ont compétence et les transmettent aux organismes de sécurité sociale après avoir consulté, en tant que de besoin, les commissions définies à l'article R. 382-4.

Ils procèdent au recensement permanent des artistes auteurs et des diffuseurs, et assurent d'une manière générale les tâches administratives et comptables définies par les articles R. 382-16 et suivants et par la convention prévue au dernier alinéa de l'article R. 382-29.

Ils assurent et contrôlent le recouvrement de la contribution instituée par l'article L. 6331-65 du code du travail.

Article R382-8

Chaque organisme est administré par un conseil d'administration élu au scrutin de liste comprenant dix représentants des artistes-auteurs affiliés et quatre représentants des personnes physiques ou morales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4. Le mandat des administrateurs est de six ans.

Les candidats venant sur une liste immédiatement après le dernier candidat élu exercent, à concurrence du nombre de sièges obtenus par la liste, les fonctions de suppléant. Ils sont appelés à siéger au conseil

d'administration en cas d'empêchement d'administrateurs élus de leur liste et à remplacer, dans l'ordre de la liste, ceux dont le siège deviendrait vacant. Lorsque la liste est épuisée, il n'est pas procédé au remplacement.

En outre, le Conseil comprend deux personnalités qualifiées nommées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture sur proposition des administrateurs élus. Ces personnalités sont nommées pour six ans et ont voix délibérative.

Siègent également au conseil d'administration, avec voix consultative :

1° Deux représentants de l'Etat, désignés respectivement par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé de la culture ;

2° Un représentant de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;

3° Un représentant de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

4° Trois personnalités qualifiées représentant les tiers avec lesquels l'organisme agréé a conclu des conventions prévues à l'article R. 382-19, nommées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

Le président du conseil d'administration est élu en son sein par le conseil.

Le conseil d'administration siège valablement dès lors que le nombre de ses membres présents est supérieur à la moitié du nombre total des membres dont il est composé.

Les organismes ne peuvent, en aucun cas, allouer un traitement à leurs administrateurs. Toutefois, ils leur remboursent leurs frais de déplacement. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les conditions de prise en charge de ces frais.

Le conseil d'administration de l'organisme se réunit au moins une fois tous les trois mois. Il est en outre convoqué par le président toutes les fois que les besoins du service l'exigent. Lorsqu'un administrateur n'a pas de suppléant, il peut donner délégation de vote à un membre du conseil ; dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation. Les décisions sont prises à la majorité des voix.

Les délibérations du conseil deviennent exécutoires, en l'absence d'opposition du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de la culture, dans un délai d'un mois à compter de leur transmission aux autorités précitées.

Article R382-9

Les opérations financières et comptables de chaque organisme agréé sont effectuées sous le contrôle du conseil d'administration, par un directeur et un agent comptable.

Le directeur de chaque organisme agréé est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

L'agent comptable de chaque organisme est nommé par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la culture et du ministre chargé du budget. Il est tenu d'assurer la gestion des comptes distincts correspondant au fonctionnement de l'organisme agréé.

Article R382-10

Le directeur a seul qualité pour procéder à l'émission des ordres de recettes et des ordres de paiement ; il peut toutefois déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme.

En cas de carence du directeur, à l'expiration d'un délai de huit jours suivant une mise en demeure effectuée par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, ledit responsable peut, aux lieu et place du directeur, ordonner l'exécution d'une dépense ou le recouvrement d'une recette, lorsque la dépense ou la recette a un caractère obligatoire en vertu d'une disposition législative ou réglementaire ou d'une décision de justice. L'agent comptable est tenu, sous la responsabilité du responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, de procéder à cette exécution.

Article R382-11

L'agent comptable est chargé, sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, des opérations financières et comptables de l'organisme afférentes aux activités mentionnées à l'article R. 382-7.

Il doit, avant son installation, fournir, en garantie de sa gestion, un cautionnement dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Il peut, sous sa responsabilité, se faire suppléer pour tout ou partie de ses attributions par un fondé de pouvoir muni d'une procuration, nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la culture et du ministre chargé du budget, et astreint également à la constitution d'un cautionnement.

Article R382-12

Les organismes agréés agissent pour le compte des organismes de sécurité sociale et sont responsables des fonds qui leur sont confiés.

La comptabilité doit permettre de suivre distinctement les opérations afférentes, d'une part, aux cotisations et contributions et, d'autre part, à la gestion administrative.

Article R382-13

Le financement des charges de gestion est assuré par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans la limite du budget qui est soumis, avant le 31 décembre de l'année précédente, à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

Les ministres peuvent apporter à ce budget les modifications nécessaires.

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale accorde des avances à l'organisme agréé dans les conditions fixées par la convention prévue au dernier alinéa de l'article R. 382-29.

Article R382-14

En cas de carence des organismes agréés, l'évaluation d'office de l'assiette des contributions et cotisations prévue à l'article R. 382-21 et au troisième alinéa de l'article R. 382-28 peut être effectuée, au lieu et place des organismes, par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. Cette évaluation est notifiée à l'organisme agréé concerné à l'expiration d'un délai de huit jours à compter de la date de la mise en demeure lorsque celle-ci est restée sans effet.

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, après avis du ministre chargé de la culture, peut, en cas d'irrégularité grave, de mauvaise gestion ou de carence du conseil d'administration, suspendre ledit conseil, ou l'un ou plusieurs de ses membres, et nommer un administrateur provisoire. Les mêmes dispositions s'appliquent au directeur.

Article R382-15

Par exception aux dispositions de l'article R. 112-1, les organismes agréés sont soumis au contrôle du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la culture, qui peuvent faire procéder par leurs représentants à toutes investigations et tous contrôles sur place.

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale exerce sur les organismes agréés un contrôle sur pièces dans les conditions déterminées par la convention mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 382-29, contrôle qui peut donner lieu aux vérifications sur place mentionnées au précédent alinéa.

Les organismes agréés sont tenus de communiquer aux fonctionnaires et agents chargés du contrôle sur place les documents administratifs et pièces comptables de toute nature.

Sous-section 3 : Immatriculation - Affiliation

Article R382-16

L'organisme agréé compétent adresse à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve le domicile de chaque intéressé, en vue de l'immatriculation de celui-ci, une déclaration accompagnée des justifications dont la nature est précisée par arrêté conjoint du ministre chargé de la culture et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le numéro d'immatriculation est immédiatement notifié à l'intéressé et à l'organisme agréé.

Article R382-16-1

L'affiliation est prononcée par la caisse primaire d'assurance maladie dans les conditions définies à l'article L. 382-1 et conformément aux dispositions de l'article R. 382-1. La caisse notifie sa décision à l'intéressé et à l'organisme agréé. L'affiliation prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la dernière année civile prise en considération pour l'affiliation aux termes de l'article R. 382-1.

La nature des justifications nécessaires à l'affiliation est précisée par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

L'organisme agréé adresse chaque année à la caisse primaire compétente copie de la déclaration fiscale de l'intéressé.

L'artiste-auteur est informé par la caisse primaire du renouvellement de son affiliation pour l'exercice en cours.

Sous-section 4 : Cotisations.

Article R382-17

Toute personne physique ou morale qui procède à la diffusion ou à l'exploitation commerciale des oeuvres originales relevant des arts mentionnés au présent chapitre est tenue de verser à l'organisme agréé compétent la contribution instituée à l'article L. 382-4.

La contribution due à l'occasion de la diffusion ou de l'exploitation commerciale des oeuvres des artistes, vivants ou morts, auteurs d'oeuvres graphiques et plastiques, est calculée en pourcentage, soit du chiffre d'affaires, toutes taxes comprises, afférent à cette diffusion ou à cette exploitation, même lorsque les oeuvres sont tombées dans le domaine public, soit, lorsque l'oeuvre n'est pas vendue au public, du montant de la rémunération brute de l'artiste auteur.

Pour la détermination du chiffre d'affaires mentionné à l'alinéa précédent, il est tenu compte de 30 % du prix de vente des oeuvres et, en cas de vente à la commission, du montant de la commission.

Lorsqu'il s'agit d'oeuvres autres que graphiques et plastiques,

la contribution est calculée en pourcentage du montant brut des droits d'auteur versés à l'auteur directement ou indirectement.

Pour l'application de l'alinéa précédent, on entend par droit d'auteur la rémunération au sens des articles L. 131-4 et L. 132-6 du code de la propriété intellectuelle afférente à la cession par l'auteur de ses droits sur son oeuvre, et versée soit directement à l'auteur ou à ses ayants droit, soit sous forme de redevance à un tiers habilité à les recevoir.

Le chiffre d'affaires mentionné au deuxième alinéa ci-dessus est celui de l'année civile précédant la date de la déclaration prévue au deuxième alinéa de l'article R. 382-20.

La rémunération ou les droits d'auteur sont ceux qui sont versés au cours du trimestre civil précédant la date de la déclaration.

Article R382-18

Les taux de la contribution mentionnée à l'article précédent sont fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la culture.

Article R382-19

Sans préjudice des dispositions de l'article R. 382-29, les organismes agréés peuvent conclure, avec les tiers habilités par les artistes auteurs à percevoir pour leur compte des droits d'auteur, des conventions en vue du versement, par ces tiers, de la contribution et des cotisations précomptées afférentes à ces droits au lieu et place des débiteurs de ces contributions et cotisations. Ces conventions sont soumises à l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

Article R382-20

Les personnes physiques ou morales mentionnées au premier alinéa de l'article R. 382-17 doivent faire parvenir à l'organisme agréé compétent dans les huit jours qui suivent le début de leur activité, une déclaration d'existence indiquant leur adresse ou siège social ainsi que, s'il y a lieu, leur numéro d'immatriculation à titre d'employeur du régime général de sécurité sociale.

Les mêmes personnes doivent déclarer à l'organisme agréé compétent les éléments déterminant l'assiette de leurs contributions dans les conditions ci-après :

Les personnes dont la contribution est assise sur le chiffre d'affaires font parvenir à l'organisme agréé avant le 1er mai de chaque année la déclaration de leur chiffre d'affaires de l'année civile précédente ainsi qu'un état récapitulatif précisant la part du chiffre d'affaires correspondant à la diffusion ou à l'exploitation commerciale des oeuvres de chaque artiste-auteur.

Dans les autres cas, les déclarations de droits d'auteur et de rémunération sont adressées trimestriellement à l'organisme agréé en même temps que le versement des contributions ainsi que des cotisations prévues au deuxième alinéa de l'article R. 382-27. Elles portent sur le montant des rémunérations et des droits d'auteur versés au cours du trimestre civil écoulé.

Celles des personnes visées au premier alinéa dont la contribution n'est pas assise sur le chiffre d'affaires doivent également faire parvenir à l'organisme agréé, avant le 31 janvier de chaque année, une déclaration faisant ressortir, pour chaque artiste-auteur dont elles ont diffusé ou exploité commercialement les oeuvres originales, le montant total des rémunérations versées au cours de l'année précédente.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modèles des déclarations nécessaires à l'application des dispositions du présent article.

Les tiers habilités mentionnés à l'article R. 382-19 effectuent pour le compte des débiteurs les déclarations et versements aux dates fixées par la convention prévue au même article.

Article R382-21

Lorsqu'il n'a pas reçu aux dates prescrites les déclarations requises à l'article précédent, l'organisme agréé procède à l'évaluation d'office de l'assiette de la contribution.

Article R382-22

Dès la cessation de leur activité et, au plus tard, dans le délai de deux mois à dater de celle-ci, les personnes physiques ou morales concernées sont tenues de faire parvenir à l'organisme agréé compétent une déclaration de cessation d'activité accompagnée des éléments permettant de déterminer l'assiette de la contribution. A l'expiration de ce délai, l'organisme agréé compétent procède à l'évaluation d'office de l'assiette de la contribution due sur le chiffre d'affaires réalisé, jusqu'à la date de cessation d'activité.

Article R382-23

Les cotisations dont sont redevables, pour la période du 1er juillet au 30 juin suivant, en application de l'article L. 382-3, les personnes mentionnées à l'article L. 382-1, sont assises, pour partie sur la totalité de leurs revenus artistiques tels que définis à l'article L. 382-3, pour partie sur la fraction de ces revenus qui n'excède pas le plafond de ressources prévu à l'article L. 241-3.

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 382-27, les revenus et le plafond de ressources s'entendent de ceux de l'année civile précédant la période définie au premier alinéa ci-dessus.

L'arrêté mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 382-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R382-24

Lorsque les personnes mentionnées à l'article R. 382-1 exercent une ou plusieurs activités les assujettissant au régime de sécurité sociale prévu au présent chapitre et que les revenus qu'elles retirent de ces activités sont inférieures au montant minimum défini à l'article R. 382-31, les cotisations sont établies sur une assiette forfaitaire égale à 900 fois la valeur horaire moyenne du salaire minimum de croissance pour l'année considérée.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui bénéficient d'un avantage de retraite.

Article R382-25

Pour la période allant de la date d'affiliation au 30 juin suivant, les cotisations des personnes visées à l'article R. 382-24 sont établies sur la base de la moitié de l'assiette forfaitaire définie au même article.

Article R382-26

Lorsque les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 exercent par ailleurs une ou plusieurs activités salariées ou assimilées, la cotisation assise sur les revenus inférieurs au plafond, due au titre de leur activité artistique est calculée sur les revenus artistiques, dans la limite de la différence entre le plafond de ressources soumis à cotisation et le total des revenus salariaux afférents à l'année civile précédant la période au cours de laquelle la cotisation est due.

Lorsque les revenus salariaux sont égaux ou supérieurs au plafond, seule est due la cotisation établie sur la totalité des revenus artistiques.

L'arrêté mentionné à l'article L. 382-6 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R382-27

La fraction de cotisation à la charge de l'artiste auteur, assise sur les revenus provenant des activités artistiques et n'excédant pas le plafond de ressources soumis à cotisation, est versée par l'intéressé à l'organisme agréé compétent.

La fraction de cotisation à la charge de l'artiste auteur, assise sur la totalité des revenus provenant des activités artistiques déclarés par un tiers, est précomptée et versée à l'organisme agréé compétent par la personne physique ou morale de laquelle l'intéressé perçoit sa rémunération. Lorsque les revenus provenant des activités artistiques ne sont pas déclarés par un tiers, cette fraction de cotisation est versée par l'artiste auteur à l'organisme agréé compétent.

Lorsqu'il y a précompte, les cotisations dues au titre de l'assurance maladie maternité, la contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale à la charge de l'artiste-auteur sont précomptées :

1° Aux taux de droit commun sur les revenus assimilés fiscalement à des traitements et salaires ;

2° De manière provisionnelle, aux taux de droit commun sur les rémunérations qui ne sont pas assimilées à des traitements ou salaires, sauf si l'artiste-auteur justifie auprès des personnes qui lui versent les rémunérations qu'il est imposable sur le revenu au titre des bénéficiaires non commerciaux pour ses activités artistiques. L'organisme agréé chargé du recouvrement des cotisations fournit à cette fin à l'artiste-auteur une attestation, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'artiste-auteur ne peut s'opposer au prélèvement de ce précompte. Le paiement de la rémunération effectué sous déduction du précompte vaut acquit pour l'artiste-auteur des sommes précomptées, selon des modalités fixées par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

Article R382-28

Pour l'application des articles R. 382-23 et R. 382-26, les intéressés sont tenus de fournir à l'organisme agréé compétent avant le 1er avril une déclaration comportant l'indication détaillée par nature des revenus tirés de leurs activités professionnelles au cours de l'année précédente. A cette déclaration doit être jointe une copie certifiée conforme par l'intéressé de sa dernière déclaration d'impôt sur le revenu.

La déclaration doit être complétée, au plus tard le 1er octobre de chaque année, par l'avis d'imposition sur le revenu fourni par l'administration fiscale.

En cas de carence, l'organisme agréé compétent procède à l'évaluation d'office des ressources servant de base au calcul de la cotisation.

Si la situation de l'intéressé se modifie au regard des conditions d'affiliation, l'organisme agréé compétent en avise la caisse primaire d'assurance maladie après avoir consulté, si cela est nécessaire, la commission mentionnée à l'article R. 382-1.

Article R382-29

Les contributions et cotisations sont versées trimestriellement à l'organisme agréé compétent qui délivre, dès réception de celles-ci, les attestations de versement correspondantes.

Les contributions ainsi que les cotisations assises sur la part des revenus n'excédant pas le plafond sont payables les 15 juillet, 15 octobre, 15 janvier et 15 avril.

Les cotisations assises sur la totalité des revenus sont dues aux mêmes dates au titre des précomptes effectués au cours du trimestre précédent.

Dans le cas prévu à l'article R. 382-22, il est procédé par l'organisme agréé compétent à l'appel de la contribution due. Celle-ci est exigible dans le délai d'un mois à compter de la date de l'appel.

Lorsque les contributions et cotisations ne sont pas versées dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle elles sont exigibles, l'organisme agréé avise l'union de recouvrement qui exerce contre l'intéressé les sanctions prévues par le présent code.

Le produit des contributions et cotisations est adressé à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale selon des modalités fixées par convention entre cet organisme et l'organisme agréé. Cette convention est approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale. A défaut de convention, les modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R382-30

Lorsque les cotisations et contributions n'ont pas été acquittées à la date limite d'exigibilité prévue à l'article R. 382-29, il est fait application des dispositions des articles R. 243-18 à R. 243-21.

Article R382-30-1

Le financement de l'action sociale prévue à l'article L. 382-7 est assuré par l'affectation d'une fraction de la contribution instituée à l'article L. 382-4. Cette fraction est fixée, pour la période comprise entre le 1er juillet d'une année et le 30 juin de l'année suivante, à 2 % du montant recouvré lors de l'année civile précédente.

Peuvent bénéficier de cette action sociale les personnes mentionnées à l'article R. 382-24 que leur situation économique et sociale, appréciée compte tenu de celle de leur conjoint, de leur concubin ou de leur

partenaire lié par un pacte civil de solidarité met dans l'impossibilité de s'acquitter des cotisations sociales dont elles sont redevables.

Le montant des cotisations prises en charge, pour la période comprise entre le 1er juillet et le 30 juin, ne peut excéder le montant des cotisations établies sur la base de l'assiette forfaitaire mentionnée à l'article R. 382-24.

La demande motivée de prise en charge de tout ou partie des cotisations dues au titre de la dernière année civile est adressée à la commission prévue à l'article R. 382-30-2. L'intéressé doit avoir fourni au préalable à l'organisme agréé compétent les déclarations mentionnées au premier alinéa de l'article R. 382-28 relatives à ladite année civile.

Un artiste auteur ne peut bénéficier de la prise en charge de tout ou partie de ses cotisations au titre de plus de trois années civiles consécutives.

Article R382-30-2

L'action sociale prévue à l'article L. 382-7 est exercée par une commission de dix membres, nommés pour moitié par le conseil d'administration de chacun des deux organismes agréés prévus à l'article R. 382-6.

A cet effet, chaque conseil d'administration choisit en son sein quatre des représentants élus des artistes auteurs et un des représentants élus des personnes physiques ou morales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4. Il désigne également, pour chaque membre titulaire, un suppléant choisi dans le même collège. Un suppléant ne siège qu'en l'absence du titulaire qu'il remplace.

Le président est élu en son sein par la commission, pour une durée d'un an. Il doit être alternativement choisi parmi les représentants de chaque organisme agréé.

La commission établit son règlement intérieur qui est soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la culture.

La commission se prononce à la majorité de ses membres, en tenant compte notamment de la totalité des revenus nets de frais passibles de l'impôt sur le revenu des assurés, de leur conjoint, de leur concubin ou de leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité qui demandent à bénéficier d'une prise en charge de leurs cotisations, et de tous autres éléments relatifs à la situation économique et sociale des intéressés, appréciée compte tenu de celle de leur conjoint, de leur concubin ou de leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité.

Deux commissaires du Gouvernement, désignés respectivement par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de la culture, assistent aux séances de la commission.

Les délibérations de la commission deviennent exécutoires dans un délai de quinze jours, en l'absence d'opposition de l'un des commissaires du Gouvernement.

Le secrétariat de la commission est assuré conjointement par les directeurs des deux organismes agréés.

Sous-section 5 : Prestations.

Article R382-31

Les personnes mentionnées à l'article R. 382-1, qui justifient avoir retiré de leur activité artistique des ressources au moins égales, au cours d'une année civile, à 900 fois la valeur horaire moyenne du salaire minimum de croissance pour l'année considérée, sont réputées remplir les conditions de durée de travail requises par les articles R. 313-1 et R. 313-3 à R. 313-9 pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

L'ouverture du droit est acquise sous cette condition pour la période qui, après la fin de l'année civile de référence, va du 1er juillet au 30 juin. Elle est toutefois acquise jusqu'au 30 juin de l'année qui suit celle au cours de laquelle la décision d'affiliation a été prise.

Conformément au deuxième alinéa de l'article L. 382-9, les personnes qui ne satisfont pas à la condition prévue au premier alinéa peuvent, néanmoins, compte tenu de leurs titres et de leur qualité d'artiste professionnel, avoir droit et ouvrir droit auxdites prestations sur décision prise par la caisse.

L'ouverture du droit est réexaminée l'année suivante en fonction des revenus déclarés.

Article R382-31-1

Pour avoir droit aux indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3, L. 331-7 et L. 331-8, les personnes mentionnées à l'article R. 382-31 doivent en outre justifier de dix mois d'immatriculation respectivement à la date présumée de l'accouchement, ou à la date du début du congé d'adoption ou à la date du début du congé de paternité.

Article R382-31-2

Lorsque l'arrêt de travail se prolonge sans interruption au-delà du sixième mois, les personnes mentionnées à l'article R. 382-31, pour avoir droit aux indemnités journalières après le sixième mois d'incapacité de travail, doivent être immatriculées depuis douze mois au moins au premier jour du mois au cours duquel est intervenue l'interruption de travail.

Article R382-32

Pour les personnes mentionnées à l'article R. 382-1 qui exercent par ailleurs une ou plusieurs activités salariées ou assimilées, il est ajouté à la durée de travail requise par les articles R. 313-1 et suivants, pour l'ouverture du droit au titre de l'activité salariée ou assimilée, la durée de travail réputée correspondre à l'activité artistique et déterminée en rapportant le montant de l'assiette soumise à cotisation à la valeur horaire du salaire minimum de croissance définie à l'article R. 382-31.

A cet effet, la durée de travail artistique évaluée comme il est dit au premier alinéa de l'article R. 382-31 est, le cas échéant, réduite au prorata de la durée de la période de référence retenue au titre de l'activité salariée ou assimilée.

La totalisation des périodes d'activités artistiques et salariées ou assimilées permet uniquement le versement des prestations de même nature, auxquelles chacune de ces activités ouvre respectivement droit.

Article R382-33

Pour la détermination du délai à l'expiration duquel sont accordées les prestations en espèces de l'assurance maladie, il est fait application des dispositions du 1° de l'article R. 323-1.

Article R382-34

Le gain journalier servant de base au calcul des prestations en espèces de l'assurance maladie est déterminé en divisant par 365 le montant de l'assiette annuelle prévue aux articles R. 382-23 à R. 382-26 afférente à la dernière année civile connue de la caisse et dans la limite de 1,8 fois le salaire minimum de croissance en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption de travail et calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail.

Article R382-34-1

Le gain journalier servant de base au calcul des prestations en espèces de l'assurance maternité est déterminé en divisant par 365 le montant de l'assiette annuelle prévue aux articles R. 382-23 à R. 382-26 afférente à la dernière année civile connue de la caisse et dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption de travail.

Article R382-35

Le salaire à prendre en compte pour le calcul des pensions d'invalidité et de vieillesse est égal au montant de l'assiette définie selon le cas aux articles R. 382-23 à R. 382-26.

Article R382-36

Le gain journalier servant de base au calcul de prestations de l'assurance décès est déterminé en divisant par 365 le montant de l'assiette annuelle mentionnée aux articles R. 382-23 à R. 382-26 et afférents à l'année civile antérieure au décès.

Sous-section 7 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article R382-37

A la fin de chaque exercice, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale après déduction de la fraction prévue à l'article L. 382-7 affecte à la caisse nationale de l'assurance maladie, à la caisse nationale des allocations familiales et à la caisse nationale d'assurance vieillesse une fraction du produit de la contribution prévue à l'article L. 382-4, égale à la différence entre le montant des dépenses du régime supportées par chacune de ces caisses et le produit des cotisations personnelles des artistes qui ont été attribuées à chacune d'elles.

Le cas échéant, le solde du produit de la contribution résultant de l'application des dispositions de l'alinéa précédent est réparti entre les mêmes caisses nationales, au prorata de chacun des trois taux suivants, rapportés à leur somme :

1° La fraction à la charge des employeurs du taux des cotisations proportionnelles aux rémunérations visées à l'article L. 241-1, pour la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

2° La fraction à la charge des employeurs du taux des cotisations assises sur les rémunérations visées au premier alinéa de l'article L. 241-3, pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse ;

3° La fraction à la charge des employeurs du taux des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations, visées au 1° de l'article L. 241-6, pour la Caisse nationale des allocations familiales.

Lorsque le produit de la contribution prévue à l'article L. 382-4 est insuffisant pour l'application des dispositions du premier alinéa du présent article, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale affecte à chaque caisse nationale une fraction de la contribution proportionnellement à la différence entre le montant des dépenses du régime supportées par la caisse et le produit des cotisations personnelles des artistes qui lui ont été attribuées.

Sous-section 8 : Elections

Paragraphe 1 : Electorat - Eligibilité

Article R382-38

Sont électeurs pour les conseils d'administration des organismes agréés mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 382-4 :

1° Les artistes-auteurs affiliés aux assurances sociales prévues au présent chapitre à jour de leurs obligations en matière de cotisations sociales ;

2° Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4 qui sont à jour de leurs obligations en matière de contribution et ont contribué au titre des trois dernières années pour un montant total au moins égal à 4 574 euros.

La qualité d'électeur s'apprécie à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les personnes énumérées au présent article doivent n'avoir encouru aucune des condamnations mentionnées aux articles L. 5 et L. 6 du code électoral.

Article R382-39

Sont éligibles au conseil d'administration de l'organisme agréé dont ils relèvent les électeurs âgés de dix-huit ans accomplis et n'ayant pas fait l'objet, dans les cinq années précédentes, d'une condamnation à une peine contraventionnelle prononcée en application des dispositions du présent code ou à une peine correctionnelle.

Article R382-40

Sont inéligibles ou, s'ils ont été élus, perdent le bénéfice de leurs mandats sur constat du conseil d'administration exprimé par une délibération :

a) Les assurés sociaux qui ne sont pas à jour de leurs obligations en matière de cotisations sociales et les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4 qui ne sont pas à jour de leurs obligations en matière de contribution ;

b) Les membres du personnel des organismes ;

c) Les personnes qui, dans l'exercice de leur activité professionnelle, plaident, consultent pour ou contre l'organisme où elles siègent ou effectuent des expertises pour l'application de la législation de sécurité sociale à des ressortissants dudit organisme.

Perd le bénéfice de son mandat l'administrateur élu qui cesse d'appartenir à l'une des branches professionnelles relevant de l'organisme où il siège, ainsi que l'administrateur qui, sans motif légitime, n'assiste pas à quatre séances consécutives du conseil d'administration auquel il appartient.

Paragraphe 2 : Listes électorales

Article R382-41

Les électeurs sont répartis, pour chaque organisme, en deux collèges regroupant respectivement les assurés sociaux et les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4.

Ils sont inscrits sur des listes électorales établies par le service mentionné à l'article R. 155-1, assisté d'une commission administrative pour chaque organisme agréé, compte tenu des documents qui lui sont transmis par cet organisme et par les caisses primaires d'assurance maladie. Les listes électorales sont publiées au siège des organismes agréés, ainsi qu'au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret.

Les personnes radiées ou dont l'inscription a été refusée peuvent contester la radiation ou le refus d'inscription devant le tribunal d'instance. Dans les mêmes conditions, tout électeur inscrit peut réclamer l'inscription ou la radiation d'un électeur omis ou indûment inscrit. Le délai de recours est fixé à dix jours à compter de la date de publication des listes électorales.

Paragraphe 3 : Déclaration de candidature

Article R382-42

Les candidatures des artistes-auteurs et des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4 sont présentées par listes. Les listes de candidatures doivent comprendre un nombre de candidats égal au double du nombre d'administrateurs titulaires à élire. Les listes sont déposées et publiées dans des conditions fixées par décret.

La régularité des listes de candidatures peut être contestée devant le tribunal d'instance dans un délai de trois jours à partir de leur publication.

Paragraphe 4 : Propagande

Article R382-43

Pour assurer aux listes de candidatures en présence l'égalité des moyens au cours de la campagne électorale, chaque liste disposera de documents dont les caractéristiques, le nombre et la date d'établissement sont fixés par décret.

Quarante-cinq jours avant la date du scrutin, il est institué auprès du service mentionné à l'article R. 155-1 une commission chargée de l'ensemble des opérations matérielles de la propagande électorale et de la préparation du scrutin.

Article R382-44

Les candidats d'une même liste font procéder eux-mêmes à l'impression de leurs bulletins, circulaires et affiches dont le coût leur est remboursé dans des conditions fixées par décret.

Paragraphe 5 : Opérations préparatoires au scrutin

Article R382-45

La date du scrutin et celle de l'ouverture de la campagne électorale sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Paragraphe 6 : Opérations de vote

Article R382-46

Le vote a lieu par correspondance, auprès d'un bureau distinct pour chaque organisme. Le scrutin est secret.

Le recensement général des votes est opéré, pour chaque organisme, par une commission présidée par un membre du service mentionné à l'article R. 155-1. Cette commission comprend, en outre, deux électeurs de chaque collège désignés par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, un membre de ce service et le directeur de la circonscription régionale de La Poste ou son représentant. Le responsable du service mentionné ci-dessus désigne également le secrétaire de la commission.

Un représentant de chacune des listes peut assister avec voix consultative aux opérations de la commission. Les nom, prénoms, date et lieu de naissance des représentants des listes sont notifiés au président de la commission par pli recommandé en dispense d'affranchissement au plus tard quarante-huit heures avant le jour du scrutin.

Article R382-47

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 adresse à chaque électeur, quinze jours avant la date du scrutin, dans une même enveloppe fermée, une circulaire et un bulletin de vote de chacune des listes et

l'enveloppe destinée à recueillir le bulletin de vote. Il lui adresse également une enveloppe externe portant mention des nom, prénoms et adresse de l'électeur ainsi que l'organisme agréé et du collège dont il relève.

L'électeur introduit l'enveloppe destinée à recueillir le bulletin de vote dans l'enveloppe externe qu'il clôt et sur laquelle il appose sa signature.

Le pli doit être remis à La Poste au plus tard le jour de l'élection. Tout envoi postérieur à la date de l'élection, le cachet de La Poste faisant foi, n'entre en compte ni pour le recensement ni pour le dépouillement des votes.

Les enveloppes contenant les votes sont reçues au siège de la commission de recensement. Elles y sont classées et conservées dans un local clos sous la responsabilité du président de la commission de recensement. Le dépouillement a lieu le troisième jour suivant la date des élections.

Article R382-48

Les noms des électeurs inscrits sur les enveloppes externes dûment signées sont pointés sur la liste électorale : ces enveloppes sont en même temps ouvertes et les enveloppes destinées à recevoir le bulletin de vote sont placées dans une urne correspondant au collège concerné et conforme aux dispositions de l'article R. 214-5.

Lorsque le scrutin est clos, la commission procède au dépouillement des votes. L'un des membres de la commission extrait le bulletin de l'enveloppe et le passe déplié à un autre membre qui lit à haute voix le titre de la liste. Ce titre est inscrit sur une feuille de dépouillement prévue à cet effet. Les dispositions de l'article R. 214-28 sont applicables à la présente section.

Lors de la clôture du scrutin, les enveloppes sont jointes aux listes d'émargement de la commission. Ces documents doivent être conservés pendant quatre mois après l'expiration des délais prescrits pour l'exercice des recours contre l'élection.

Les plis envoyés postérieurement à la date de l'élection sont détruits sans avoir été ouverts.

Article R382-49

L'élection des représentants des assurés sociaux et des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 382-4 a lieu au scrutin de liste à la représentation proportionnelle suivant la règle du plus fort reste sans panachage ni rature ni vote préférentiel. Sur chaque liste, les sièges sont attribués aux candidats d'après l'ordre des présentations et conformément aux dispositions de l'article R. 214-36.

Article R382-50

Les résultats par collège sont proclamés par la commission compétente et affichés au siège des organismes agréés et au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie.

Le procès-verbal des opérations de la commission est signé par les membres de la commission. Un exemplaire en est aussitôt transmis au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Paragraphe 7 : Contentieux

Article R382-51

Dans les huit jours de l'affichage des résultats, tout électeur et tout éligible peuvent contester devant le tribunal d'instance la régularité des listes de candidatures, l'éligibilité d'un candidat, l'éligibilité ou l'élection d'un élu et la régularité des opérations électorales. Le recours est également ouvert au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 qui peut l'exercer dans un délai de quinze jours à compter de la réception du procès-verbal mentionné à l'article R. 382-50.

Article R382-52

Les contestations relatives à l'électorat, à l'éligibilité et à la régularité des opérations électorales relèvent de la compétence du tribunal d'instance dans le ressort duquel se trouve la préfecture de la région où l'organisme agréé a son siège. Le tribunal statue en dernier ressort. Les dispositions des articles R. 214-42 à R. 214-45 sont applicables. Toutefois, si le recours est formé en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 382-42, le tribunal statue dans les trois jours.

Si le recours porte sur les listes électorales conformément aux dispositions de l'article R. 382-41 et concerne une autre personne que le requérant, la déclaration comporte les nom, prénoms et adresse de cette personne.

Article R382-53

Le pourvoi en cassation est formé dans les dix jours suivant la notification de la décision du tribunal d'instance.

Les pourvois contre les décisions prises par le tribunal d'instance en vertu de l'article R. 382-41 sont régis par les articles R. 15-1 à R. 15-6 du code électoral.

Les pourvois contre les décisions prises par le tribunal d'instance en vertu des articles R. 382-42 et R. 382-51 sont régis par les articles 999 à 1008 du code de procédure civile.

Article R382-54

Les délais de recours fixés par la présente section sont calculés et prorogés conformément aux dispositions des articles 640, 641 et 642 du code de procédure civile.

Paragraphe 8 : Dispositions diverses

Article R382-55

Les dépenses afférentes aux élections sont prises en charge par les organismes, à l'exception des dépenses de fonctionnement courant exposées à ce titre par le service mentionné à l'article R. 155-1.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article.

Section 2 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article R382-56

L'autorité compétente de l'Etat prévue au deuxième alinéa de l'article L. 382-15 est le ministre chargé de la sécurité sociale.

Paragraphe 1 : Champ d'application.

Article R382-57

Sous réserve qu'ils ne relèvent pas à titre obligatoire d'un autre régime de base de sécurité sociale et qu'ils résident en France métropolitaine ou soient détachés temporairement à l'étranger, les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses ainsi que les personnes titulaires de la pension de vieillesse ou de la pension d'invalidité instituée respectivement par l'article L. 382-27 et par l'article L. 382-24 relèvent du régime général de sécurité sociale, dans les conditions prévues par la présente section et sont affiliés à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes mentionnée à l'article L. 382-17.

Est considéré, pour l'application du présent article, comme relevant à titre obligatoire d'un autre régime de base de sécurité sociale l'assuré qui remplit dans ce régime les conditions d'ouverture du droit aux prestations en matière d'assurance maladie ou vieillesse.

Le régime obligatoire d'assurance vieillesse s'applique également aux ministres des cultes et aux membres des congrégations et collectivités religieuses qui relèvent d'un autre régime obligatoire de sécurité sociale en raison d'une activité exercée à temps partiel dès lors qu'elle procure une rémunération annuelle inférieure à 800 fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur du 1er janvier de l'année considérée.

Paragraphe 2 : Commission consultative.

Article R382-58

La commission instituée par le deuxième alinéa de l'article L. 382-15 auprès du ministre chargé de la sécurité sociale comprend :

1°) un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire, président ;

2°) quatre représentants de l'administration, à savoir :

a. deux représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;

b. un représentant du ministre de l'intérieur ;

c. un représentant du ministre chargé du budget ;

3°) six personnalités choisies en raison de leur compétence et connues pour leurs travaux, leurs activités, leurs connaissances sur les problèmes de protection sociale des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses des divers cultes, et les questions relatives au statut juridique des cultes et aux problèmes de sociologie religieuse.

Un représentant de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et deux représentants de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, siègent à la commission, à titre consultatif.

La commission peut entendre à titre consultatif toute personne qui paraît pouvoir lui apporter un concours utile.

Article R382-59

Les membres de la commission sont nommés pour quatre ans renouvelables par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les personnalités mentionnées au 1° et au 2° du premier alinéa de l'article R. 382-58 ont des suppléants nommés dans les mêmes conditions. Les membres suppléants ne siègent à la commission que lorsqu'ils remplacent des membres titulaires.

Article R382-60

Le ministre chargé de la sécurité sociale saisit la commission de toutes questions soulevées par l'application des dispositions de la présente section sur lesquelles il estime devoir recueillir son avis.

Il la saisit également à la demande :

1°) du président de la commission ;

2°) de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

3°) de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes ;

4°) des associations, congrégations et collectivités religieuses.

Le ministre informe de la saisine les organismes, associations, congrégations ou collectivités intéressés dont émane la demande.

Article R382-61

La commission est convoquée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R382-62

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction de la sécurité sociale.

Article R382-63

Le président de la commission peut constituer, pour préparer les délibérations de celle-ci, soit à son initiative, soit à la demande de la commission, des groupes de travail composés de membres de ladite commission ou de personnes non membres de la commission choisies en raison de leur compétence sur une question particulière dont la commission est saisie.

Article R382-64

Chaque question soumise à la commission fait l'objet d'un rapport. Les rapports sont présentés soit par un membre de la commission, soit par un rapporteur désigné par le président.

Peuvent être désignés comme rapporteurs des fonctionnaires en activité ou retraités.

Article R382-65

La commission ne peut émettre un avis que si plus de la moitié de ses membres, dont au moins trois personnalités mentionnées au 3° du premier alinéa de l'article R. 382-58, assistent à la séance.

Article R382-66

Les avis émis par la commission sont communiqués au ministre chargé de la sécurité sociale qui les notifie, en tant que de besoin, aux organismes, associations, congrégations ou collectivités intéressés.

Article R382-67

Les membres de la commission, sauf les représentants des ministres, ainsi que les personnes mentionnées au dernier alinéa de l'article R. 382-58 et à l'article R. 382-63 peuvent bénéficier, à l'exclusion de toute autre indemnité, du remboursement de leurs frais de déplacement dans les conditions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R382-68

Les rapporteurs peuvent bénéficier d'indemnités de vacation dans les conditions fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R382-69

Sous réserve des dispositions réglementant le libre accès aux documents administratifs, les membres de la commission, les personnes mentionnées au dernier alinéa de l'article R. 382-58 et à l'article R. 382-63 ainsi

que les rapporteurs sont tenus à l'obligation de discrétion en ce qui concerne les faits et informations dont ils ont pu avoir connaissance du fait de leurs fonctions.

Les rapporteurs ne peuvent publier certains de leurs rapports ou certaines parties de ceux-ci qu'avec l'accord du président et l'autorisation du ministre chargé de la sécurité sociale.

Paragraphe 3 : Organisation de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.

Article R382-70

Le conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes est composé de trente-quatre administrateurs nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à savoir :

1°) vingt-sept administrateurs au titre du culte catholique désignés par ses associations diocésaines ou leur union et ses congrégations en France ou leurs deux unions de supérieurs majeurs ;

2°) cinq administrateurs au titre des autres cultes concernés par l'article L. 382-15 ;

3°) deux administrateurs au titre des anciens ministres du culte et anciens membres des associations, congrégations ou collectivités religieuses.

Sept administrateurs suppléants dont trois pour le culte catholique sont nommés dans les mêmes conditions que les administrateurs titulaires.

Un administrateur supplémentaire titulaire et un administrateur suppléant peuvent être nommés après avis de la commission consultative prévue à l'article L. 382-15.

Un administrateur suppléant ne peut siéger qu'en l'absence d'un administrateur titulaire désigné au titre de la même catégorie.

Article R382-71

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour quatre ans et leur mandat est renouvelable.

Le président et le vice-président du conseil d'administration sont élus au scrutin secret ; l'élection a lieu au premier et au deuxième tour de scrutin à la majorité des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage égal des voix, au bénéfice de l'âge.

Le président et le vice-président sont élus pour la durée du mandat des administrateurs.

Article R382-72

Les membres du conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes doivent relever de cette dernière, jouir de leurs droits civils, être à jour des cotisations de sécurité sociale prévues aux articles R. 382-89 et R. 382-90 et dont ils sont redevables soit à titre personnel, soit comme responsables d'un organisme débiteur de cotisations ; ils ne doivent pas avoir fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle en application des dispositions du présent code, ou, dans les cinq années précédentes, à une peine contraventionnelle prononcée en application du même code.

Les fonctions de membre du conseil d'administration sont incompatibles avec un emploi d'agent d'un organisme de sécurité sociale.

Les trois quarts au moins des membres du conseil d'administration doivent être de nationalité française.

Article R382-73

Sont déclarés démissionnaires d'office par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale :

1°) les administrateurs qui cessent de remplir l'une des conditions prévues à l'article R. 382-72 ;

2°) les administrateurs qui cessent d'appartenir à la catégorie prévue à l'article R. 382-70 au titre de laquelle ils avaient été nommés ;

3°) les membres du conseil d'administration qui, sans motif valable, n'assistent pas à quatre séances consécutives.

Les administrateurs déclarés démissionnaires d'office ne peuvent être désignés à nouveau pour la durée du mandat du conseil d'administration en exercice, ni avant un délai de quatre ans.

Il est immédiatement pourvu aux vacances de postes d'administrateurs. Les fonctions des administrateurs nommés en cours de mandat des autres administrateurs cessent à la même date que les fonctions de ceux-ci.

Article R382-74

La Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes est placée sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Le ministre chargé de la sécurité sociale est représenté par un commissaire du Gouvernement, qui assiste aux séances du conseil d'administration et qui est entendu chaque fois qu'il le demande.

Un représentant du ministre de l'intérieur assiste également aux séances du conseil d'administration. Il est entendu chaque fois qu'il le demande.

Article R382-75

Le conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes se réunit au moins trois fois par an. Il peut, en outre, être convoqué par le président soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration ne peut valablement délibérer que si la majorité des membres ayant voix délibérative assiste à la séance.

Lorsqu'ils ne sont pas suppléés, les administrateurs peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

Article R382-76

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes soit sur proposition de son président, de ses membres ou du directeur, soit sur l'initiative du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration établit le règlement intérieur de la caisse. Conformément aux dispositions de l'article L. 382-29, ce règlement est soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration vote avant le 1er janvier de l'année à laquelle ils se rapportent le budget de gestion administrative de la caisse et les budgets d'action sanitaire et sociale de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse. Le directeur présente au conseil un tableau évaluatif pour l'année à venir des recettes et dépenses afférentes aux risques gérés par la caisse. Les dépenses de gestion administrative sont réparties entre ces risques suivant des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Les comptes annuels du régime sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Ils sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration qui, au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification, les approuve sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

Le conseil d'administration émet un avis sur les questions dont il est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale, et le ministre chargé du budget ainsi que dans le cas où des textes particuliers prévoient sa consultation.

Article R382-77

Dans les vingt jours qui suivent la séance, les procès-verbaux des délibérations du conseil d'administration sont envoyés au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget, en vue de leur examen dans le cadre des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 382-17.

En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut, après accord avec le ministre chargé du budget, viser pour exécution immédiate une délibération qui lui a été communiquée en application du deuxième alinéa de l'article L. 382-17.

Article R382-78

Le conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes peut décider de constituer, en liaison avec un autre organisme de sécurité sociale, un service commun en vue de procéder à l'immatriculation des assurés et au recouvrement des cotisations et majorations de retard.

Article R382-79

Le conseil d'administration peut désigner en son sein des commissions et leur déléguer une partie de ses attributions.

La commission de recours amiable comprend quatre administrateurs, dont un n'a pas été désigné au titre du culte catholique.

Article R382-80

La commission de recours amiable de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, saisie d'un litige portant sur le champ d'application des dispositions du présent chapitre et celles de la présente section, peut solliciter l'avis de la commission consultative prévue à l'article L. 382-15.

Dans ce cas, le délai d'un mois mentionné à l'article R. 142-6 est suspendu à compter de la demande d'avis dont le requérant est informé. Le délai court à nouveau à compter du jour de la notification au requérant, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, de l'avis formulé par la commission consultative.

Article R382-81

La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes peut faire appel à des correspondants locaux chargés de constituer les dossiers des assurés sociaux résidant dans la circonscription qui leur est attribuée.

Ces correspondants peuvent, en outre, recevoir du conseil d'administration de la caisse des missions plus étendues.

Ils sont considérés comme mandataires de la caisse et engagent la responsabilité de celle-ci dans la mesure où la caisse leur confie des fonds en vue du paiement des prestations.

Toutefois, les groupements mutualistes habilités en qualité de correspondants locaux agissent en tant que mandataires de l'assuré.

Paragraphe 4 : Dispositions comptables et financières.

Article R382-82

La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes centralise les opérations comptables des correspondants habilités.

Article R382-83

Le produit des cotisations est adressé à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale selon les modalités fixées par convention entre cet organisme et la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes. Cette convention est approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget. A défaut de convention, ces modalités sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Cette convention ou cet arrêté fixe également les conditions dans lesquelles l'agence centrale des organismes de sécurité sociale met à la disposition de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes la trésorerie nécessaire au paiement des prestations et lui verse dans la limite de son budget des avances mensuelles pour la couverture des frais de gestion et du contrôle médical.

Les avances versées au titre de la gestion sont régularisées à la clôture des comptes par imputation au fonds national de la gestion administrative prévue à l'article R. 251-11.

Les avances versées au titre du contrôle médical sont régularisées à la clôture des comptes par imputation au fonds national du contrôle médical prévu à l'article R. 251-8.

Paragraphe 5 : Affiliation - immatriculation.

Article R382-84

En vue de permettre à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes de procéder à l'immatriculation des personnes qui remplissent les conditions définies à l'article R. 382-57, les associations, congrégations ou collectivités religieuses doivent, sous les sanctions prévues aux articles R. 244-4 et R. 244-5, déclarer à la caisse les personnes relevant d'elles qui remplissent les conditions définies aux articles R. 382-57 et R. 382-131.

La déclaration doit être faite dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle ces conditions sont remplies.

A défaut de cette déclaration, l'affiliation est effectuée par la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, soit de sa propre initiative, soit à la requête de l'intéressé.

L'affiliation des personnes titulaires d'une pension servie en application de l'article L. 382-15 et qui ne relèvent pas d'une association, congrégation ou collectivité religieuse est effectuée soit à l'initiative de la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, soit à la requête de l'intéressé.

Sur la base de cette déclaration, la caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes, agissant dans le cadre de ses attributions légales, est autorisée, en application du troisième alinéa de l'article 31 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à collecter, conserver et traiter des informations nominatives comportant des données relatives au rattachement de ses ressortissants à un culte.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modèles de déclarations prévues au présent article.

Article R382-85

La caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes procède à l'immatriculation des assurés et leur remet une carte individuelle conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale pour les personnes affiliées aux caisses primaires d'assurance maladie.

Article R382-86

Les personnes qui, tout en remplissant les autres conditions définies à l'article R. 382-57, ne relèvent pas du régime prévu par l'article L. 382-15 parce qu'elles relèvent à titre obligatoire d'un autre régime d'assurance maladie doivent, dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle elles ont rempli ces autres conditions, justifier auprès de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes qu'elles satisfont, dans cet autre régime, aux conditions d'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Article R382-87

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'affiliation vaut décision de rejet.

L'affiliation des assurés prend effet à compter du premier jour du mois civil qui suit la date à laquelle sont remplies les conditions d'assujettissement définies à l'article R. 382-57 au régime général de sécurité sociale institué par l'article L. 382-15, ou à partir de cette date si celle-ci se situe le premier jour d'un mois civil.

Paragraphe 6 : Cotisations.

Article R382-88

La base forfaitaire mentionnée respectivement aux 1° et 2° de l'article L. 382-22 correspond, pour chaque mois, à la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur, multipliée par le nombre légal d'heures de travail mensuel en vigueur.

Le taux des cotisations mentionnées respectivement aux 1° et 2° de l'article L. 382-22 est égal au taux des cotisations respectivement à la charge des employeurs et des salariés mentionnés à l'article L. 241-2.

A titre transitoire, du 1er janvier 2002 jusqu'au 30 juin 2005, la base mentionnée au premier alinéa est augmentée de la valeur de la garantie de rémunération mensuelle la plus élevée prévue à l'article 32 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 modifiée.

Article R382-89

La base forfaitaire prévue au 1° du I de l'article L. 382-25 est égale, par mois, à la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur, multipliée par le nombre légal d'heures de travail mensuel en vigueur. A titre transitoire, du 1er janvier 2002 jusqu'au 30 juin 2005, cette base est augmentée de la valeur de la garantie mensuelle de rémunération la plus élevée prévue à l'article 32 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 modifiée.

Le taux de la cotisation d'assurance vieillesse des assurés prévue au 1° du I de l'article L. 382-25 est celui de la cotisation d'assurance vieillesse mise à la charge des salariés affiliés au régime général.

Article R382-90

La base forfaitaire prévue au 2° du I de l'article L. 382-25 est égale, par mois, à la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur, multipliée par le nombre légal d'heures de travail mensuel en vigueur. A titre transitoire, du 1er janvier 2002 jusqu'au 30 juin 2005, cette base est augmentée de la valeur de la garantie mensuelle de rémunération la plus élevée prévue à l'article 32 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 modifiée.

Le taux de la cotisation d'assurance vieillesse des associations, congrégations ou collectivités religieuses prévue au 2° du I de l'article L. 382-25 est celui de la cotisation d'assurance vieillesse mise à la charge des employeurs des salariés affiliés au régime général.

Cette cotisation est due pour tout assuré non retraité entrant dans le champ d'application du présent chapitre et relevant de l'association, congrégation ou collectivité.

Article R382-91

Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet de l'affiliation de l'assuré.

L'obligation de cotiser prend fin soit au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'assuré a obtenu le bénéfice d'une pension de vieillesse en application de la présente section, soit, antérieurement, au dernier jour du mois civil au cours duquel il cesse de remplir la condition d'assujettissement au régime.

Article R382-92

Les cotisations sont payables chaque mois à terme échu. Elles sont versées par les associations, congrégations ou collectivités religieuses dans les quinze premiers jours suivant le mois au titre duquel elles sont dues.

Chaque versement de cotisations est obligatoirement accompagné d'un bordereau daté et signé par les associations, congrégations ou collectivités religieuses concernées indiquant les éléments nécessaires à la détermination des cotisations à leur charge et à celles des assurés. Ce bordereau est conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Toutefois, les assurés visés au quatrième alinéa de l'article R. 382-84 versent les cotisations prévues au 1° de l'article L. 382-22.

Article R382-93

Les cotisations prévues à l'article L. 382-22 cessent d'être dues le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions visées à l'article R. 382-57.

Article R382-94

Les associations, congrégations et collectivités religieuses font parvenir à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration comportant la liste nominative des assurés qui ont relevé d'elles au cours de l'année précédente. abrogée.

Article R382-95

En cas de défaut de production, dans les délais prescrits, des documents prévus aux articles R. 382-92 et R. 382-94 et en cas d'inexactitude ou d'omission, la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes peut procéder à l'évaluation d'office des cotisations payables par les associations, congrégations et collectivités religieuses, sans préjudice de l'application des pénalités prévues à l'article R. 243-16.

Article R382-96

Les majorations de retard fixées par l'article R. 243-18 sont applicables aux cotisations qui n'ont pas été acquittées aux échéances fixées à l'article R. 382-92.

Toutefois, lorsque est effectué un versement de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date dudit versement, ces cotisations ne sont pas soumises aux majorations de retard prévues au premier alinéa mais il leur est fait application des coefficients de majoration en vigueur à la date du versement, applicables aux salaires et aux cotisations servant de base au calcul des pensions ou rentes en vertu de l'article L. 351-11.

Les pénalités et les majorations de retard sont liquidées par le directeur de la caisse ; elles doivent être versées dans le délai d'un mois après leur notification, par mise en demeure, dans les conditions définies ci-après, et sont recouvrées comme les cotisations.

Article R382-97

Les débiteurs peuvent, en cas de bonne foi dûment prouvée, formuler une demande gracieuse en réduction des majorations et des pénalités de retard résultant de l'article précédent.

Les dispositions de l'article R. 243-20 sont applicables à cette demande.

Article R382-98

Vingt jours après la date d'échéance, la caisse adresse au débiteur une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, le mettant en demeure de régulariser sa situation dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que les périodes relevant des dispositions prises en application de l'article L. 382-15, comprises dans les trois années qui précèdent la date de son envoi.

La mise en demeure donne le détail des sommes réclamées au titre des cotisations, des pénalités et des majorations de retard.

Elle précise que la dette peut être contestée dans un délai d'un mois par une réclamation adressée à la commission de recours amiable et accompagnée de la mise en demeure. Elle indique l'adresse de ladite commission.

Article R382-99

A défaut de règlement dans le délai d'un mois à partir de la mise en demeure, le directeur de la caisse peut délivrer une contrainte dans les conditions de l'article L. 244-9 et de la section 2 du chapitre 3 du titre III du livre Ier.

Article R382-100

Conformément aux articles L. 244-1, L. 244-2, L. 244-4, L. 244-7 et L. 244-11, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-7, le recouvrement des cotisations exigibles peut également faire l'objet d'une action civile ou d'une action pénale portée par la caisse, selon le cas, devant le tribunal des affaires de sécurité sociale ou les juridictions répressives compétentes.

Il peut aussi faire l'objet de la procédure sommaire définie aux articles L. 133-1, R. 133-1 et R. 133-2.

Article R382-101

Le paiement des créances de cotisations est garanti dans les conditions prévues à l'article L. 243-4.

Article R382-102

Les cotisations peuvent être admises en non-valeur comme il est dit à l'article L. 243-3.

Article R382-103

Les dispositions des articles R. 244-4 à R. 244-6 et R. 281-2 sont applicables, dans la mesure où elles ne sont pas contraires aux dispositions de la présente section, aux personnes, collectivités ou organismes mentionnés à ladite section.

Sous-section 2 : Assurance maladie.

Article R382-104

En application du premier alinéa de l'article L. 161-8, les prestations cessent d'être accordées aux personnes mentionnées à l'article R. 382-57 à l'expiration d'un délai de quatre ans suivant la date à laquelle elles cessent de remplir les conditions prévues à cet article.

Article R382-105

Le contrôle médical des assurés définis à l'article L. 382-15 est exercé, sous l'autorité du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, par un ou plusieurs praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical de ce régime, mentionnés à l'article R. 315-7. Préalablement à leur nomination, ce ou ces praticiens doivent être agréés par le conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.

Sous-section 3 : Assurance invalidité.

Article R382-106

La pension d'invalidité prévue à l'article L. 382-24 est accordée aux assurés reconnus par le médecin-conseil de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer leur activité de ministre du culte ou de membre d'une congrégation ou collectivité religieuse.

Article R382-107

Pour recevoir une pension d'invalidité, les assurés doivent avoir été affiliés au régime mentionné à l'article L. 382-15 depuis au moins douze mois au premier jour du mois au cours duquel ils ont été reconnus atteints d'une incapacité totale ou partielle et être à jour des cotisations prévues au 1° de l'article L. 382-22.

Article R382-108

Les assurés titulaires d'une pension ou rente acquise soit au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, soit au titre d'un régime de sécurité sociale en raison d'une maladie ou d'un accident survenu antérieurement à leur affiliation à l'assurance invalidité instituée à l'article L. 382-24, ne peuvent prétendre au bénéfice d'une pension pour une invalidité ou incapacité ayant la même origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés.

La pension d'invalidité peut être attribuée lorsque l'incapacité totale ou partielle d'exercer dont est atteint l'assuré résulte soit d'une cause étrangère à la précédente invalidité ou incapacité ayant déjà donné lieu à l'attribution d'une pension ou rente mentionnée à l'alinéa précédent, soit d'une aggravation de cette invalidité ou incapacité lorsque, dans ce dernier cas, cette aggravation n'est pas susceptible d'être indemnisée au titre de la législation ou de la réglementation en cause.

Article R382-109

Les assurés, anciens déportés ou internés, titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique, dont la pension militaire d'invalidité a été accordée pour un taux d'invalidité global d'au moins 60 %, qui cessent leur activité se rapportant à leur qualité de ministre du culte ou membre d'une congrégation ou d'une collectivité religieuse et toute activité professionnelle sont présumés atteints, s'ils sont âgés d'au moins cinquante-cinq ans, d'une invalidité totale.

Article R382-110

L'état d'invalidité que présente l'assuré doit réduire au moins des deux tiers sa capacité à exercer les activités incombant à un ministre du culte ou à un membre d'une congrégation ou d'une collectivité religieuse.

Cet état est apprécié en tenant compte de la capacité restante pour l'exercice des activités incombant à l'assuré, de son état général, de son âge ainsi que de ses facultés physiques et mentales :

1° En cas d'incapacité totale :

- à la date de la demande sous réserve qu'elle soit antérieure au soixantième anniversaire de l'assuré.

2° En cas d'incapacité partielle :

- soit après consolidation de la blessure ;

- soit après stabilisation de son état ;

- soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque celle-ci résulte d'une usure prématurée de l'organisme.

Article R382-111

En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1° Invalides capables d'exercer une activité se rapportant à leur qualité de ministre du culte ou de membre d'une congrégation ou collectivité religieuse ;

2° Invalides absolument incapables d'exercer une activité se rapportant à leur qualité de ministre du culte ou de membre d'une congrégation ou collectivité religieuse ;

3° Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une activité se rapportant à leur qualité de ministre du culte ou de membre d'une congrégation ou collectivité religieuse, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Article R382-112

La pension d'invalidité est attribuée et liquidée par la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes sur demande de l'assuré.

La caisse détermine la catégorie dans laquelle l'assuré est classé et lui notifie sa décision par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le modèle de la demande de pension et les pièces à y annexer sont fixés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R382-113

L'entrée en jouissance de la pension est fixée au premier jour du mois qui suit la date de la demande sans pouvoir, d'une part, être antérieure à la date à partir de laquelle l'assuré a été reconnu atteint d'une incapacité totale ou partielle et, d'autre part, être postérieure à son soixantième anniversaire.

Article R382-114

La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire. Elle est payée à l'assuré mensuellement et à terme échu.

Article R382-115

En cas d'hospitalisation, la majoration pour aide d'une tierce personne est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'assuré a été hospitalisé ; au-delà de cette date, son service est suspendu.

Article R382-116

La pension est revalorisée chaque année par application des coefficients de revalorisation du régime général.

Article R382-117

Lorsqu'à l'issue d'un examen médical, il apparaît que l'invalidé doit être classé dans une autre catégorie que celle dans laquelle il était antérieurement classé, la caisse détermine cette nouvelle catégorie et notifie sa décision à l'intéressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans ce cas, le nouveau montant de la pension est appliqué soit à la première échéance suivant la date de la décision de la caisse lorsqu'il y a réduction de la pension antérieurement servie, soit à la date de la constatation de l'état d'invalidité ayant motivé le nouveau classement, lorsqu'il y a augmentation de ladite pension.

Article R382-118

La pension d'invalidité est suspendue par la caisse lorsque l'intéressé exerce une activité rémunérée autre que celle visée à l'article L. 381-15.

Article R382-119

Au premier jour du mois qui suit le soixantième anniversaire de l'assuré, la pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude à l'exercice de l'activité de ministre du culte ou de membre d'une congrégation ou d'une collectivité religieuse.

Cette pension de vieillesse ne peut pas être inférieure au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés fixé par décret.

Sous-section 4 : Assurance vieillesse

Paragraphe 1 : Pension de vieillesse et de réversion.

Article R382-120

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de vieillesse subordonnée à l'appréciation de l'état de santé de l'intéressé et sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de réversion, ainsi que de leurs accessoires, présentée par ou en qualité d'ayant droit d'une personne relevant de la présente section, vaut décision de rejet.

La pension de vieillesse ou de réversion est payée à l'assuré ou à son ayant droit mensuellement et à terme échu.

Article R382-121

Le salaire annuel moyen mentionné à l'article R. 351-29 est déterminé en retenant la base forfaitaire prévue à l'article R. 382-90.

Paragraphe 2 : Etranger et territoires d'outre-mer.

Article R382-122

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses de nationalité française qui exercent à l'étranger et dans les territoires français d'outre-mer peuvent adhérer au régime d'assurance vieillesse institué par l'article L. 382-15 dans les conditions prévues au présent paragraphe.

Article R382-123

Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses mentionnés à l'article R. 382-122 adressent leur demande d'adhésion au régime d'assurance vieillesse institué par l'article L. 382-15 à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.

Article R382-124

L'affiliation prend effet à compter du premier jour du mois civil qui suit la demande d'adhésion.

Toutefois, lorsque la demande est présentée dans le délai d'un an suivant la date de début d'exercice à l'étranger ou dans les territoires français d'outre-mer, l'intéressé peut demander que son affiliation prenne effet au premier jour du mois civil suivant cette date.

Article R382-125

L'assuré volontaire a la faculté de demander la résiliation de son assurance par simple lettre adressée à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes. La radiation prend effet à compter du premier jour du mois civil qui suit cette demande.

Article R382-126

La cotisation d'assurance volontaire est égale au total des cotisations mentionnées aux articles R. 382-89 et R. 382-90 ; son versement est effectué par l'assuré aux échéances fixées à l'article R. 382-92.

Toutefois, la cotisation mentionnée à l'article R. 382-90 peut être prise en charge par l'association, la congrégation ou la collectivité dont relève l'assuré, laquelle effectue alors le versement, auxdites échéances, de la totalité de la cotisation d'assurance volontaire.

Article R382-127

Lorsque la cotisation n'a pas été versée à l'une des échéances fixées à l'article R. 382-92, l'assuré est radié de l'assurance volontaire. Toutefois, la radiation ne peut être effectuée qu'après envoi par la caisse d'un avertissement par lettre recommandée adressée à l'assuré l'invitant à régulariser sa situation dans le mois à compter de la réception de l'avertissement.

Dans le cas mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 382-126, l'avertissement est adressé, dans les mêmes conditions, à l'association, congrégation ou collectivité dont relève l'assuré auquel une copie dudit avertissement est également adressée.

Article R382-128

L'assurance volontaire donne droit, dans les mêmes conditions que l'assurance obligatoire, aux prestations d'assurance vieillesse.

Les périodes d'assurance obligatoire et d'assurance volontaire se cumulent pour l'ouverture du droit aux prestations et pour le calcul de celles-ci.

Article R382-129

Les personnes adhérant à l'assurance volontaire vieillesse dans les conditions prévues au présent paragraphe peuvent demander leur adhésion au régime d'assurance invalidité. Cette demande n'est recevable que si elle est présentée en même temps que la demande d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse. Les dispositions

des articles R. 382-126 et R. 382-127 sont applicables aux personnes ayant adhéré volontairement au régime d'assurance invalidité.

Article R382-130

I. - La demande formulée au titre de l'article L. 382-16 doit être adressée un mois avant le départ de l'intéressé à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes, accompagnée de l'engagement de l'association, congrégation ou collectivité religieuse de s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues pendant la période de détachement. Cette demande précise le lieu et la durée du détachement de l'affilié.

En cas d'urgence, l'association, congrégation ou collectivité religieuse avise la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes du détachement par lettre accompagnée de l'engagement prévu à l'alinéa précédent. Le maintien du bénéfice des dispositions du régime prévu à l'article L. 382-15 est alors prononcé à titre transitoire, sous réserve de régularisation de la demande dans un délai de trois mois.

Sur la demande de l'intéressé ou de l'association, congrégation ou collectivité religieuse dont il relève, la caisse délivre une attestation d'affiliation au régime de sécurité sociale des ministres des cultes et membres de congrégations et collectivités religieuses.

II. - Pour les soins à l'étranger, les prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité sont servies dans les conditions fixées à la section 4 du chapitre 2 du titre VI du livre VII.

Article R382-131

A titre transitoire, conformément aux dispositions de l'article L. 382-30, les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses de nationalité française qui exercent à Mayotte peuvent adhérer au régime d'assurance vieillesse dans les conditions prévues au présent paragraphe.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre 3 : Dispositions d'application.

Article R383-1

Le décret prévu à l'article L. 383-1 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et des ministres intéressés.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 1 : Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre 2 : Champ d'application - Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire et à diverses autres catégories de bénéficiaires

Section 2 : Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire.

Article R412-1

La déclaration que le salarié d'un entrepreneur de travail temporaire défini à l'article L. 124-1 du code du travail est tenu de faire à l'utilisateur, en application de l'article L. 412-4, doit être effectuée dans un délai de vingt-quatre heures par lettre recommandée si elle n'a pas été faite à l'utilisateur ou à son préposé sur les lieux de l'accident.

Article R412-2

Le délai dans lequel l'utilisateur doit, en application de l'article L. 412-4, informer l'entreprise de travail temporaire de tout accident dont il a eu connaissance et dont a été victime un salarié mis à sa disposition par cette entreprise est de vingt-quatre heures. Cette information est transmise par lettre recommandée et doit être également communiquée par l'entreprise utilisatrice, dans le même délai et les mêmes formes, au service de prévention de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail et à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Section 3 : Dispositions applicables à diverses catégories de bénéficiaires

Sous-section 1 : Délégués à la sécurité des ouvriers mineurs.

Article R412-3

Le décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946 ou les textes pris pour son application déterminent à qui incombent les obligations imposées à l'employeur par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en raison des risques encourus par les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs par le fait ou à l'occasion de leur service.

Ces textes fixent la base des cotisations destinées à couvrir ces risques ainsi que celle des indemnités qui peuvent être dues.

Sous-section 2 : Elèves et étudiants.

Article R412-4

I. # A. # Pour les élèves et les étudiants des établissements d'enseignement mentionnés aux a et b du 2° de l'article L. 412-8 qui perçoivent une gratification égale ou inférieure à la fraction de gratification mentionnée à l'article L. 242-4-1, les obligations de l'employeur incombent à l'établissement d'enseignement signataire de la convention prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006, sous réserve du C du I du présent article. Toutefois, pour les élèves et étudiants des établissements publics relevant du ministre chargé de l'éducation nationale, le versement des cotisations incombe au recteur.

B. # L'assiette servant de base au calcul des cotisations et des rentes est égale au salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16.

C. # Lorsque l'accident survient par le fait ou à l'occasion du stage en entreprise ou, pour les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire ou en pharmacie qui n'ont pas un statut hospitalier, du stage hospitalier effectué dans les conditions prévues au b du 2° de l'article L. 412-8, l'obligation de déclaration de l'accident du travail instituée par l'article L. 441-2 incombe à l'entreprise ou à l'établissement de santé dans lequel est effectué le stage. L'entreprise ou l'établissement de santé adresse sans délai à l'établissement d'enseignement ou à l'unité de recherche dont relève l'élève ou l'étudiant copie de la déclaration d'accident du travail envoyée à la caisse primaire d'assurance maladie compétente.

II. # A. # Pour les élèves et les étudiants des établissements d'enseignement mentionnés aux a et b du 2° de l'article L. 412-8 qui perçoivent une gratification supérieure à la fraction de gratification mentionnée à l'article L. 242-4-1, les obligations de l'employeur incombent à l'entreprise signataire de la convention prévue à l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006, sous réserve du C du II du présent article.

B. # L'assiette servant de base au calcul des cotisations est égale à la différence entre la gratification versée au stagiaire et le montant de la fraction de gratification mentionnée à l'article L. 242-4-1. Les rentes sont calculées sur la base du salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16 ou du montant de la gratification versée au stagiaire, si celui-ci est supérieur.

C. # Lorsque l'accident survient du fait ou à l'occasion de l'enseignement ou de la formation dispensés par l'établissement dont relève l'élève ou l'étudiant, l'obligation de déclaration incombe à l'établissement. II

adresse sans délai à l'entreprise signataire de la convention mentionnée ci-dessus une copie de la déclaration d'accident envoyée à la caisse d'assurance maladie compétente.

III. # Les dispositions du I ou du II du présent article s'appliquent aux personnes mentionnées au f du 2° de l'article L. 412-8, en fonction du montant de la gratification qu'elles perçoivent. Dans ce cas, les références à " l'entreprise " sont remplacées par celles de " l'organisme public ou privé " dans lequel s'effectue le stage.

IV. # L'Etat supporte la charge des prestations dues aux élèves et étudiants des établissements d'enseignement technique de l'Etat, victimes d'accidents du travail survenus avant le 1er octobre 1985, y compris celles des prestations dues en cas de rechute et de révision postérieure à cette date et ayant pour origine l'accident pour lequel les intéressés sont ou ont été indemnisés.

Sous-section 3 : Stagiaires de la formation professionnelle et personnes bénéficiant des allocations de conversion.

Article R412-5

Pour les stagiaires de la formation professionnelle, les obligations de l'employeur autres que celles relatives au paiement des cotisations incombent à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement dans lequel est effectuée la formation.

Le salaire servant de base au calcul des prestations est déterminé dans les conditions suivantes :

a) Pour les stagiaires rémunérés, ce salaire est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11 ; toutefois, si la rémunération réelle allouée au stagiaire est supérieure, c'est cette rémunération qui est prise en considération ;

b) Pour les stagiaires non rémunérés, le salaire servant de base au calcul de la rente est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11.

Article R412-5-1

Pour les assurés bénéficiaires des allocations de conversion mentionnées à l'article L. 322-3 et au 4° du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail, les obligations de l'employeur autres que le paiement des cotisations incombent à la personne ou à l'organisme responsable de l'action de reclassement du fait ou à l'occasion de laquelle intervient l'accident.

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière est, sous réserve des dispositions des articles R. 433-4 à R. 433-7 du présent code, celui du mois précédant la date de suspension ou de rupture du contrat de travail.

Le salaire servant de base au calcul des rentes est, sous réserve des dispositions de l'article R. 434-29 (1° à 4°) ci-dessous, la rémunération effective totale reçue chez un ou plusieurs employeurs pendant les 12 mois civils précédant la date de suspension ou de rupture du contrat de travail.

Les dispositions des trois alinéas ci-dessus s'appliquent également aux bénéficiaires des allocations versées en cas d'absence complète d'activité par application d'accords professionnels ou interprofessionnels nationaux ou régionaux mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail.

Sous-section 4 : Personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle.

Article R412-6

Pour les personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle en application de l'article L. 432-6, les obligations de l'employeur incombent :

1°) au directeur de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement public ;

2°) à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement privé.

Toutefois, la caisse primaire d'assurance maladie dont relève chaque victime d'accident supporte la charge des cotisations. Elle en effectue le règlement dans les conditions fixées pour les frais de réadaptation.

La rémunération à prendre en considération pour le calcul des cotisations est celle qui a servi de base au calcul de l'indemnité journalière allouée à l'intéressé pendant la période de traitement spécial en vue de la réadaptation fonctionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 432-7.

L'indemnité journalière mentionnée à l'alinéa précédent est maintenue à la victime pendant la période d'interruption du traitement consécutive à l'accident survenu par le fait ou à l'occasion de la réadaptation.

Si, au moment où survient l'accident mentionné à l'alinéa précédent, l'état de la victime n'était pas consolidé et si, après consolidation des blessures résultant respectivement de l'accident du travail ayant nécessité la réadaptation et de l'accident survenu par le fait ou à l'occasion de celle-ci, la victime reste atteinte d'une incapacité permanente de travail, la rente qui lui est allouée est calculée compte tenu de l'ensemble de la réduction de capacité subie.

Si la consolidation de la blessure résultant de l'accident du travail ayant nécessité la réadaptation avait été constatée, il est alloué, le cas échéant, pour l'incapacité de travail résultant du second accident, une rente distincte, sans préjudice de l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 434-2.

Dans les cas prévus aux deux alinéas qui précèdent, la rémunération à prendre en considération pour le calcul de la rente est celle des douze mois antérieurs à l'arrêt de travail consécutif à l'accident du travail ayant nécessité la réadaptation ; elle est déterminée conformément aux dispositions des articles R. 434-29 et R. 436-1.

Toutefois, dans le cas où la rémunération ainsi calculée est inférieure au salaire mentionné à l'article R. 412-11, c'est ce salaire qui est pris en considération.

Article R412-7

Pour les personnes accomplissant un stage de rééducation professionnelle dans les conditions fixées par l'article L. 432-9 et par la section 1 du chapitre Ier du titre VIII du présent livre, les obligations de l'employeur incombent :

1°) au directeur de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement public ;

2°) à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement ou un centre privé ;

3°) à l'employeur chez lequel elles ont été placées.

Toutefois, dans les cas mentionnés aux 1° et 2° du premier alinéa du présent article, la caisse primaire d'assurance maladie dont relève chaque victime d'accident du travail supporte la charge des cotisations. Elle en effectue le règlement dans les conditions prévues pour les frais de rééducation.

Le salaire servant de base au calcul tant des cotisations que des indemnités est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11.

Toutefois, si la victime se trouvait encore au moment de l'accident l'ayant obligé à interrompre la rééducation dans la période d'incapacité temporaire consécutive à l'accident du travail antérieur, l'indemnité qui lui est due ne pourra être inférieure à celle dont elle bénéficiait au moment où l'accident est survenu, compte non tenu du complément d'indemnité prévu à l'article L. 432-9.

Si une rente est déjà servie, la nouvelle indemnité journalière se cumule avec ladite rente ; elle s'impute éventuellement sur le complément d'indemnité mentionné à l'alinéa ci-dessus.

Si, après consolidation de la blessure résultant de l'accident survenu par le fait ou à l'occasion de la rééducation, la victime reste atteinte d'une incapacité permanente de travail, il est fait, selon le cas, application des dispositions des sixième, septième et huitième alinéas de l'article R. 412-6.

Article R412-8

Pour les assurés sociaux bénéficiaires des dispositions de l'article L. 324-1 ou titulaires d'une pension d'invalidité et qui effectuent un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle, les obligations de l'employeur incombent :

1°) au directeur de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement public ;

2°) à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement si le stage est effectué dans un établissement privé ;

3°) à l'employeur chez lequel ils ont été placés.

Toutefois, dans les cas mentionnés aux 1° et 2° du premier alinéa du présent article, l'organisme de sécurité sociale qui a la charge respectivement des prestations prévues à l'article L. 324-1 ou de la pension d'invalidité supporte la charge des cotisations. Il en effectue le règlement dans les conditions fixées pour les frais de réadaptation ou de rééducation.

La rémunération à prendre en considération pour le calcul, tant des cotisations que des indemnités, est soit celle qui a été perçue par l'assuré au cours de la dernière période de travail normal antérieure à l'affection indemnisée au titre des assurances sociales pour les bénéficiaires de l'article L. 324-1, soit celle qui a servi de base au calcul de la pension d'invalidité pour les titulaires d'une telle pension.

Toutefois, dans le cas où la rémunération ainsi calculée est inférieure au salaire mentionné à l'article R. 412-11, c'est ce salaire qui est pris en considération.

Article R412-9

Pour les personnes autres que celles mentionnées aux articles précédents et qui, en vertu d'un texte législatif ou réglementaire, effectuent un stage de rééducation professionnelle dans les écoles administrées par l'office national des anciens combattants et victimes de la guerre, les obligations de l'employeur incombent au directeur de l'école ou à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement privé dans lequel ces personnes ont été exceptionnellement placées par l'office susnommé.

Ce dernier supporte, dans tous les cas, la charge des cotisations.

Le salaire à prendre en considération pour le calcul, tant des cotisations que des indemnités, est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11.

Article R412-10

L'interruption de la formation professionnelle, de la réadaptation fonctionnelle ou de la rééducation professionnelle par suite de l'accident est assimilée à l'arrêt de travail mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 433-1.

Toutefois, en ce qui concerne les élèves et étudiants des établissements d'enseignement mentionnés au premier alinéa de l'article R. 412-4, cet arrêt ne donne lieu, en aucun cas, au paiement d'indemnités journalières.

Article R412-11

Le salaire servant de base au calcul des prestations, pour l'application des articles R. 412-5, R. 412-6 (dernier alinéa), R. 412-7 (3e alinéa), R. 412-8 (dernier alinéa), R. 412-9 (3e alinéa) et R. 436-4-1, est égal :

a) Pour les indemnités journalières, au salaire minimum de croissance correspondant à la durée légale du travail, et applicable à la date de l'accident ;

b) Pour les rentes, au salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16.

Le salaire servant de base au calcul des cotisations, pour l'application des dispositions des articles R. 412-7 (3e alinéa), R. 412-8 (dernier alinéa) et R. 412-9 (3e alinéa), est égal au salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16.

Sous-section 5 : Personnes agréées accueillant des enfants à domicile

Article R412-12

En application de l'article L. 412-2, les personnes mentionnées au 10° de l'article L. 311-3 et qui ont été agréées dans les conditions fixées aux articles 123-1 (1) et suivants du code de la famille et de l'aide sociale bénéficient de la protection relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles à raison de leurs activités ayant un lien direct avec l'accueil ou l'entretien du ou des enfants qui leur sont confiés.

Article R412-13

Sont notamment couverts à ce titre les accidents survenus auxdites personnes à leur domicile et qui ont un lien direct avec leur activité de garde et d'entretien des enfants. Sont également couverts les accidents intervenus lors des déplacements avec l'enfant ou pour son compte, incluant ceux survenus pendant les trajets d'aller et retour entre le domicile des intéressés et les établissements où les enfants sont scolarisés, soignés ou pris en charge dans le cadre d'activités éducatives et récréatives, ou entre leur domicile et les centres où les assistantes ou assistants maternels reçoivent une formation.

Article R412-14

Les obligations de l'employeur en matière de déclaration des accidents et de paiement des cotisations incombent aux parents ou à la personne morale de droit public ou privé qui assurent la rémunération des assistantes ou assistants maternels.

Article R412-15

Les dispositions du livre IV du présent code sont applicables aux personnes mentionnées à l'article R. 412-12 sous réserve des aménagements indiqués à l'alinéa suivant.

Pour l'application du 2° de l'article L. 431-1, seule l'interruption de l'activité rémunérée ouvre droit aux prestations en espèces de l'incapacité temporaire. Ces prestations sont calculées sur la base de la rémunération versée conformément aux articles L. 773-3 et L. 773-3-1 du code du travail, non compris les indemnités remises pour l'entretien des enfants.

Sous-section 6 : Personnes agréées accueillant des personnes âgées ou handicapées adultes à domicile

Article R412-16

En application de l'article L. 412-2, les personnes mentionnées au 17° de l'article L. 311-3 bénéficient de la protection relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles dès lors que l'accident survenu ou la maladie contractée soit à leur domicile, soit au cours de déplacements effectués en présence ou pour le compte de la personne accueillie, a un lien direct avec l'accueil ou l'entretien de cette personne.

Article R412-17

Les obligations de l'employeur en matière de déclaration des accidents du travail et de paiement des cotisations incombent à la personne accueillie ou à son tuteur.

Article R412-18

Les dispositions du livre IV du présent code sont applicables aux personnes mentionnées à l'article R. 412-16 sous réserve des aménagements indiqués à l'alinéa suivant.

Pour l'application du 2° de l'article L. 431-1, seule l'interruption de l'activité rémunérée ouvre droit aux prestations en espèces de l'incapacité temporaire. Ces prestations sont calculées sur la base de la rémunération journalière perçue pour services rendus, éventuellement majorée pour sujétions particulières, visée à l'article 6 de la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989, non compris l'indemnité représentative des frais d'entretien de la personne accueillie ni le loyer.

Sous-section 7 : Volontariat pour l'insertion. # Service civique

Article R412-20

Pour les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national, les obligations de l'employeur, notamment en matière de déclaration des accidents, incombent au centre de formation.

Le salaire servant de base au calcul des cotisations et à celui de la rente prévue à l'article L. 434-15 est égal au salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16.

Article R412-21

Pour les volontaires effectuant un service civique en métropole ou dans un département d'outre-mer, les obligations de l'employeur sont à la charge des organismes et personnes agréées mentionnés à l'article R. 372-4 dans les conditions prévues par cet article.

La personne agréée auprès de laquelle est effectué l'engagement de service civique communique à l'Agence du service civique ou à l'organisme versant l'indemnité pour son compte les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs obligations.

L'assiette de calcul des cotisations et de la rente prévue à l'article L. 434-15 est égale au salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 1 : Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre 3 : Dispositions applicables aux personnes indemnisées en application de textes antérieurs - Régimes distincts

Section 1 : Dispositions applicables aux personnes indemnisées en application de textes antérieurs

Sous-section 1 : Accidents survenus après le 31 décembre 1946.

Article R413-1

En vue d'obtenir le bénéfice des dispositions de l'article L. 413-1, la victime ou l'ayant droit adresse à la caisse primaire d'assurance maladie dont relevait ou aurait relevé la victime à la date de l'accident une demande établie au moyen d'un imprimé mis à sa disposition par cet organisme et accompagnée des pièces justifiant qu'il satisfait aux conditions exigées.

En outre, si l'accident a donné lieu à réparation au titre du droit commun, ou est susceptible de donner lieu, à ce titre, à un recours contre un tiers, le postulant est tenu d'annexer à sa déclaration tous actes, jugements, constats, procès-verbaux, pièces de procédure relatifs à cet accident.

La demande comporte un questionnaire ; le requérant doit attester sur l'honneur l'exactitude de ses réponses.

Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

Pour l'application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 413-1 susmentionné, la réparation attribuée en capital est convertie en une rente fictive sur la base des tarifs appliqués par la caisse nationale de prévoyance en matière de rente de droit commun à la date de la décision judiciaire ayant fixé la réparation. En outre, cette rente fictive ou la rente attribuée est, avant l'imputation sur le montant des prestations et indemnités dues, affectée des majorations résultant des dispositions de la loi n° 51-695 du 24 mai 1951 modifiée.

Dans le cas où la rente et la majoration ou l'un de ces avantages ont fait l'objet d'un rachat, le calcul est effectué comme si ce rachat n'avait pas été réalisé.

Toute nouvelle majoration légalement fixée donne lieu à révision des prestations et indemnités.

Sous-section 2 : Accidents survenus ou maladies constatées avant le 1er janvier 1947.

Article R413-2

Le taux d'incapacité minimum prévu au deuxième alinéa de l'article L. 413-2 est égal à 10 %.

Article R413-3

Le montant de l'allocation prévu à l'article L. 413-2 est calculé par application des règles fixées aux articles L. 434-2 et L. 434-7 sur la base du salaire minimum prévu à l'article L. 434-16.

L'allocation prend effet de la date de présentation de la demande.

Article R413-4

L'allocation, s'il y a lieu, et la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévues à l'article L. 413-4 prennent effet de la date de la demande.

Article R413-5

L'allocation prévue à l'article L. 413-5 prend effet de la date de présentation de la demande. Toutefois, en ce qui concerne les décès survenant après le 24 juin 1946, l'allocation prend effet de la date du décès si la demande est présentée dans un délai de six mois suivant cette date.

Article R413-6

La victime ou l'ayant droit de la victime d'un accident ou d'une maladie qui revendique le bénéfice de l'une des dispositions des articles L. 413-2 à L. 413-5 doit, en vue de faire constater son droit aux prestations conformément aux dispositions de l'article L. 413-8, adresser une requête au président du tribunal de grande instance de son domicile.

Il produit, à l'appui de sa demande, toutes pièces justificatives, expéditions de jugements et arrêts et, d'une façon générale, tous renseignements de nature à apporter la preuve qui lui incombe en vertu de la loi.

Le président du tribunal de grande instance peut prescrire toutes enquêtes, vérifications, examens médicaux et expertises qu'il estime utiles. Il peut entendre le requérant. Il statue après avoir entendu le représentant de l'Etat employeur ou, dans les autres cas, celui du fonds commun prévu à l'article L. 437-1.

Article R413-7

Dans le cas prévu à l'article L. 413-2, le président du tribunal de grande instance constate dans son ordonnance, par référence aux dispositions du présent livre, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, le lien de cause à effet existant entre celui-ci et l'incapacité permanente ou le décès de la victime et fixe, s'il y a lieu, le taux de cette incapacité.

Il constate, le cas échéant, le droit de la victime à la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévue au troisième alinéa de l'article L. 434-2.

En outre, dans le cas prévu à l'article L. 413-3, le président du tribunal de grande instance fixe, par la même ordonnance, le droit de la victime à l'appareillage.

Par application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 413-2, l'allocation prévue audit article ne peut être attribuée à la victime que lorsque, par suite d'un ou de plusieurs accidents du travail ou maladies professionnelles, le taux de l'incapacité permanente est au moins égal à 10 %.

Article R413-8

Dans le cas prévu à l'article L. 413-4, le président du tribunal de grande instance mentionne dans son ordonnance la décision qui a fixé le taux de l'incapacité permanente de la victime et, le cas échéant, la ou les décisions qui ont révisé ce taux.

Il constate que, par suite des conséquences de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle :

1°) la victime est atteinte d'une incapacité totale de travail si cette constatation ne résulte pas de la dernière décision intervenue dans le délai prévu à l'article 19 de la loi du 9 avril 1898 ;

2°) une aggravation de l'état de la victime s'est produite à une date qu'il détermine, postérieurement à l'expiration dudit délai, et que cette aggravation oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer des actes ordinaires de la vie dont il précise, le cas échéant, le nombre et la nature.

Article R413-9

Dans le cas prévu à l'article L. 413-5, le président du tribunal de grande instance mentionne dans son ordonnance la décision ayant fixé les droits de la victime, conformément aux dispositions de la législation sur les accidents du travail alors en vigueur. Il constate que le décès de la victime, survenu postérieurement à l'expiration du délai de révision prévu à l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, est directement imputable aux conséquences de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Article R413-10

Toute modification dans l'état de la victime, dont la première constatation médicale est postérieure à la date de l'ordonnance rendue conformément aux dispositions des articles précédents, de même que le décès de la victime survenu après cette date par suite des conséquences de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, peut donner lieu, à la requête soit de la victime ou de ses ayants droit, soit du service compétent pour l'Etat employeur ou, dans les autres cas, de la Caisse des dépôts et consignations, à une nouvelle fixation des droits aux prestations.

Cette nouvelle fixation est effectuée selon la procédure prévue aux articles R. 413-6 à R. 413-8. Dans le cas où la requête est présentée par l'Etat employeur ou par la Caisse des dépôts et consignations, le président statue après avoir entendu la victime ou les ayants droit de celle-ci.

Si une partie ne se présente pas, bien que régulièrement appelée, l'exécution provisoire peut être ordonnée d'office nonobstant opposition.

La réduction ou la suppression des avantages précédemment attribués ne prend effet qu'au premier jour du trimestre suivant celui au cours duquel est signifiée l'ordonnance du président du tribunal de grande instance prononçant cette nouvelle fixation.

Article R413-11

En vue de la liquidation des prestations, le bénéficiaire est tenu de souscrire une déclaration conforme au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et de fournir les pièces y énumérées. Cette déclaration comporte un questionnaire auquel le postulant doit répondre sous la foi du serment. Les pièces justificatives comprennent notamment :

1°) une expédition de l'ordonnance rendue par le président du tribunal de grande instance fixant le droit aux prestations ;

2°) dans le cas où l'accident ou la maladie a donné lieu à réparation une expédition de l'acte ou du jugement qui a fixé le montant de la réparation et, le cas échéant, de ceux qui ont modifié ce montant ;

3°) dans les cas, autres que ceux mentionnés au 2°, où la victime ou ses ayants droit ont fait valoir ou sont susceptibles de faire valoir des droits contre les tiers responsables, tous constats, procès-verbaux ou pièces de procédure de nature à permettre l'exercice de la subrogation prévue à l'article L. 413-6.

La déclaration et les pièces qui l'accompagnent sont adressées au service compétent pour l'Etat employeur ou, dans les autres cas, à la Caisse des dépôts et consignations. Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

En cas de nouvelle fixation des droits aux prestations conformément aux dispositions de l'article R. 413-10 ou de révision de la réparation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 413-6, le bénéficiaire est tenu de se conformer aux dispositions qui précèdent. Toutefois, il n'est pas tenu de produire la pièce mentionnée au 1° lorsque la nouvelle fixation du droit aux prestations a été prononcée à la requête de l'Etat employeur ou de la Caisse des dépôts et consignations.

Article R413-12

Le service compétent pour l'Etat employeur ou, dans les autres cas, la Caisse des dépôts et consignations liquide le montant de l'allocation et, le cas échéant, de la majoration, sur le vu des déclarations souscrites et des pièces produites par l'intéressé et, éventuellement, des résultats des enquêtes et vérifications auxquelles il fait procéder lorsqu'il l'estime nécessaire.

Ce service ou cet établissement porte à la connaissance de l'intéressé le montant et le point de départ de l'avantage ou des avantages attribués et procède au paiement des sommes dues.

Il assure le règlement des frais d'appareillage dans le cadre prévu à l'article L. 413-3.

Article R413-13

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 413-6, la réparation attribuée en capital est convertie en une rente fictive sur la base des tarifs appliqués par la caisse nationale de prévoyance en matière de rente de droit commun à la date de la décision judiciaire ayant fixé la réparation. En outre, cette rente fictive ou la rente attribuée est, avant imputation sur le montant de l'allocation, affectée des majorations résultant de la loi n° 51-695 du 24 mai 1951 modifiée.

Dans le cas où la rente et la majoration, ou l'un de ces avantages, ont fait l'objet d'un rachat, le calcul est effectué comme si ce rachat n'avait pas été réalisé.

Toute nouvelle majoration légalement fixée donne lieu à révision de l'allocation.

Article R413-14

Les prestations accordées par application des articles L. 413-2 à L. 413-4 se substituent pour l'avenir à la pension d'invalidité à laquelle l'intéressé pouvait avoir droit au titre des assurances sociales.

Article R413-15

Les frais de la procédure, notamment ceux afférents aux mesures d'instruction, sont à la charge de l'Etat employeur ou, selon le cas, du fonds commun prévu à l'article L. 437-1, de la section locale de ce fonds commun dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou du fonds commun des accidents du travail agricole survenus dans la métropole.

Toutefois, le président du tribunal de grande instance peut, à la demande de l'Etat employeur ou du fonds commun intéressé, mettre à la charge du requérant tout ou partie des frais de la procédure lorsque la requête est reconnue manifestement abusive. Les frais provoqués par la faute d'une partie peuvent être, dans tous les cas, mis à sa charge.

Article R413-16

Les dispositions des articles R. 413-6 à R. 413-15 sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 413-9.

Article R413-17

Tout bénéficiaire d'un avantage, en exécution des articles L. 413-2 à L. 413-9 et L. 754-4, est tenu de se soumettre aux contrôles prescrits par le service, établissement ou organisme qui a la charge de l'avantage considéré et qui, en cas de refus, peut suspendre le paiement de cet avantage.

Article R413-18

Le service, établissement ou organisme compétent fait application aux allocations et majorations attribuées des dispositions de l'article L. 413-7, sans que le bénéficiaire ait à formuler une demande.

Article R413-19

Les allocations et majorations à la charge des fonds communs des accidents du travail agricole et non agricole, en vertu des articles L. 413-2 et suivants, ainsi que les frais de procédure et de gestion y afférents font l'objet, dans les écritures de ces fonds ou de chacune des sections locales instituées dans les

départements mentionnés à l'article L. 751-1, d'une comptabilité distincte des autres dépenses à la charge desdits fonds ou sections locales.

Sous-section 3 : Accidents survenus ou maladies constatées en Algérie avant le 1er juillet 1962.

Article R413-20

En vue d'obtenir le bénéfice de l'allocation différentielle prévue au premier alinéa de l'article L. 413-10, toute personne remplissant les conditions requises est tenue de justifier de celles-ci auprès du service compétent pour l'Etat employeur ou de la Caisse des dépôts et consignations dans les autres cas.

Ce service ou cet établissement recueille tous renseignements, procède à toute vérification qu'il estime nécessaire.

Article R413-21

Les arrérages de l'allocation différentielle prennent effet à la date à laquelle les justifications sont parvenues au service ou à l'établissement compétent.

Article R413-22

L'allocation différentielle fait l'objet, dans les écritures des fonds communs mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 413-10, d'une comptabilité distincte des autres dépenses à la charge desdits fonds.

Article R413-23

Les avantages mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 413-10 s'entendent de tous ceux qui, en vertu de la législation applicable en Algérie avant le 1er juillet 1962, incombent ou incomberaient aux fonds communs des accidents du travail non agricole et agricole survenus en Algérie, notamment en application de l'article 24 de la loi du 9 avril 1898 et des articles 13,14,26 et 30 de la loi n° 54-892 du 2 septembre 1954.

Toute personne qui désire obtenir le bénéfice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 413-10 est tenue de justifier auprès de la Caisse des dépôts et consignations qu'elle réunit les conditions prévues respectivement au premier et au quatrième alinéas dudit article ; la Caisse des dépôts et consignations recueille tous renseignements et procède à toute vérification qu'elle estime nécessaire.

En mettant en paiement l'avantage dû, sous forme d'avance à la charge, selon le cas, du fonds commun prévu à l'article L. 437-1 ou à l'article 1203 du code rural, la Caisse des dépôts et consignations avise le bénéficiaire que ledit fonds est subrogé à due concurrence dans ses droits conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 64-1330 du 26 décembre 1964 à l'égard de l'institution algérienne compétente.

Article R413-24

En vue de l'application de l'article 5 de la loi n° 64-1330 du 26 décembre 1964, les avances consenties conformément aux dispositions de l'article R. 413-23 par les fonds communs mentionnés audit article, ainsi que les frais de procédure et de gestion y afférents, font l'objet dans les écritures de ces fonds d'une comptabilité distincte de celle afférente aux autres dépenses desdits fonds.

Article R413-25

Les dispositions de la présente sous-section sont applicables aux étrangers admis au bénéfice d'une ou plusieurs prestations dans le cadre du décret n° 62-1049 du 4 septembre 1962 portant règlement d'administration publique pour l'application à certains étrangers de la loi n° 61-1439 du 26 décembre 1961 relative à l'accueil et à la réinstallation des Français d'outre-mer.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 2 : Prévention

Chapitre 1er : Organisation

Section 1 : Dispositions générales.

Article R421-1

La politique de prévention mentionnée à l'article L. 421-1 est définie par le ministre chargé du travail et par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R421-2

Les décisions de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés doivent être prises après avis du comité technique national intéressé ou, si plusieurs branches d'activités sont intéressées, des comités techniques nationaux concernés pour toutes mesures de caractère technique et d'ordre statistique.

Article R421-4

Le classement des entreprises en fonction de leur risque professionnel est effectué à l'intérieur d'une région déterminée soit par les conseils d'administration des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, après consultation des comités techniques régionaux, soit par les comités techniques régionaux lorsqu'ils statuent en vertu d'une délégation des conseils d'administration.

Section 2 : Fonds de prévention des accidents du travail.

Article R421-5

Le Fonds national de prévention des accidents du travail prévu à l'article R. 251-1 contribue à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles :

1°) par la création ou le développement d'institutions ou de services de recherches, d'études, d'essais, d'enseignement, de documentation ou de propagande concernant l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2°) par la création ou le développement d'institutions ou de services chargés de l'organisation ou du contrôle de la prévention ou fournissant le concours de techniciens-conseils en matière de prévention ;

3°) par l'attribution de subventions ou de prêts aux institutions mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus.

Article R421-6

Le fonds de prévention fournit les moyens de recourir à tous les procédés de publicité et de propagande appropriés pour faire connaître, tant dans les entreprises que parmi la population, les méthodes de prévention et exercer spécialement une action sur les travailleurs par l'intermédiaire de leurs syndicats et sur les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Il favorise l'enseignement de la prévention en liaison avec le ministère chargé de la sécurité sociale, le ministère chargé du travail, le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'éducation nationale.

Section 3 : Comités techniques nationaux et régionaux

Article R421-7

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles est assistée de comités techniques nationaux constitués par branches ou groupes de branches d'activité. Ces comités centralisent et étudient les statistiques concernant leurs branches de production respectives.

Lorsque les questions à étudier ou les décisions à prendre intéressent plusieurs comités, la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles assure leur coordination.

Article R421-8

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste et la composition des comités sur proposition de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Chaque comité comprend seize membres désignés pour quatre ans par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, pour moitié sur proposition des organisations professionnelles d'employeurs et pour moitié sur proposition des organisations syndicales de salariés, représentatives sur le plan national. Des membres suppléants en nombre égal à celui des titulaires sont désignés dans les mêmes conditions. Le mandat des membres est renouvelable.

Le directeur de la sécurité sociale, le directeur général du travail, le chef du service de l'inspection médicale du travail ou leur représentant assistent avec voix consultative aux séances des comités techniques nationaux.

Les comités peuvent s'adjoindre des spécialistes des questions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article R421-11

Les comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4 et chargés d'assister les conseils d'administration des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles comprennent chacun huit membres au moins désignés par lesdits conseils sur la proposition des organisations professionnelles de travailleurs et d'employeurs reconnues les plus représentatives par le préfet de région. Des membres suppléants en nombre égal à celui des titulaires sont désignés dans les mêmes conditions.

Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi et, le cas échéant, le fonctionnaire chargé de l'inspection du travail en vertu d'une législation spéciale, assistent aux séances desdits comités avec voix consultative. Chacun d'eux peut se faire représenter par un fonctionnaire placé sous son autorité.

Les comités techniques peuvent s'adjoindre des spécialistes des questions de prévention des accidents du travail et maladies professionnelles, notamment des médecins inspecteurs du travail.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les branches ou groupes de branches d'activité devant donner lieu à la création de comités techniques.

Article R421-12

Les questions relatives à la prévention sur lesquelles les comités techniques régionaux sont obligatoirement consultés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail comportent notamment :

1°) l'institution de nouvelles mesures de prévention auxquelles doivent se soumettre les employeurs exerçant une même activité, imposées en application de l'article L. 422-4 ;

2°) les ristournes accordées ou les cotisations supplémentaires imposées aux entreprises par application des dispositions de l'article L. 242-7.

Article R421-13

Les comités techniques régionaux procèdent à toutes études statistiques se rapportant au risque professionnel dans leurs branches d'activités respectives. Les résultats de ces études sont transmis immédiatement aux comités techniques nationaux intéressés.

Les comités techniques régionaux concourent à la diffusion pour leur région des méthodes de prévention avec la collaboration des organisations professionnelles patronales et ouvrières, des organisations nationales de jeunesse ouvrière et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Article R421-14

Les services de l'inspection du travail et de l'inspection médicale du travail et de l'emploi fournissent aux comités techniques régionaux et nationaux et sur leur demande les renseignements et la documentation qu'ils possèdent et dont lesdits comités ont besoin pour procéder à l'étude de toute question relevant de leur compétence.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 2 : Prévention

Chapitre 2 : Attributions des organismes

Section 1 : Attributions de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Article R422-1

Les ingénieurs-conseils de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peuvent être chargés d'enquêtes concernant l'activité des services de prévention des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

Article R422-2

L'arrêté mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du travail.

L'arrêté mentionné au dernier alinéa de l'article L. 422-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Section 2 : Attributions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

Article R422-3

Les statistiques mentionnées au premier alinéa de l'article L. 422-2 sont communiquées annuellement au ministre chargé du travail et au ministre chargé de la sécurité sociale.

Les résultats des études mentionnées au deuxième alinéa du même article L. 422-2 sont portés à la connaissance du directeur régional du travail et de l'emploi.

Article R422-4

Les ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité sont des agents de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou des personnes choisies par le conseil d'administration en dehors du personnel de la caisse, en raison de leur compétence technique.

Ils sont agréés dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R422-5

L'autorité compétente pour l'exercice des pouvoirs prévus au 1° du premier alinéa de l'article L. 422-4 est le directeur régional du travail et de l'emploi.

Les autorités compétentes pour l'exercice des pouvoirs prévus au deuxième alinéa de l'article L. 422-4 sont le directeur régional du travail et de l'emploi ou, en cas de refus de celui-ci, le ministre chargé du travail.

Le délai prévu au 2° du troisième alinéa du même article est fixé à trois ans.

Article R422-6

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut :

1°) accorder des récompenses aux travailleurs, agents de maîtrise et chefs d'entreprise qui se sont signalés par leur activité et leurs initiatives en matière de prévention ;

2°) avec l'autorisation de la Caisse nationale de l'assurance maladie, créer et gérer des institutions ou des services dont le but est le perfectionnement ou le développement, dans le cadre régional, des méthodes de prévention, aider financièrement par des subventions, des prêts ou la rémunération de services rendus, à la création et au fonctionnement de telles institutions ou services.

Article R422-8

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, en vue de réaliser, à titre d'expérience et sous son contrôle, certaines mesures de protection et de prévention, peut conclure avec des entreprises des conventions comportant une participation au financement de ces mesures. Cette participation peut prendre

la forme soit d'avances remboursables, soit de subventions, soit d'avances susceptibles, suivant les résultats obtenus, d'être transformées, en tout ou en partie, en subventions.

Article R422-9

Il est trimestriellement rendu compte au conseil d'administration de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail des opérations mentionnées à l'article L. 422-4 et aux articles R. 422-6 à R. 422-8.

Cette caisse rend annuellement compte à la caisse nationale de l'ensemble de ses activités en matière de prévention.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 1er : Dispositions générales.

Article R431-1

Le taux d'incapacité mentionné au 4° de l'article L. 431-1 est fixé à 10 %.

Article R431-2

Les prestations mentionnées à l'article L. 431-1 sont supportées conformément aux dispositions du présent titre, par la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle la victime est affiliée.

Toutefois, en cas d'accidents successifs survenus à un même travailleur, la caisse primaire compétente pour le dernier accident assume la charge des rentes afférentes à chacun des accidents du travail antérieurs. Cette caisse a qualité pour assurer la gestion desdites rentes et notamment pour recevoir tous documents, procéder à tous contrôles, prendre toute décision et exercer toute action y relative.

Ladite caisse assume également la charge des prestations et indemnités autres que les rentes qui seraient dues postérieurement au transfert de la rente, notamment en exécution des dispositions des articles L. 432-5, L. 443-2 et R. 443-2.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 2 : Les prestations en nature

Section 1 : Soins.

Article R432-1

L'arrêté interministériel mentionné à l'article L. 432-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'économie.

Article R432-2

Dans le cas où la victime est hospitalisée dans une clinique privée dont les tarifs sont plus élevés que ceux de l'établissement hospitalier public de même nature le plus proche, la caisse primaire, sauf le cas d'urgence, et sauf circonstances exceptionnelles, n'est tenue au paiement des frais que dans les limites de son tarif de responsabilité mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 432-4.

Section 2 : Appareillage.

Article R432-3

Le droit de la victime à l'appareillage prévu aux articles L. 431-1 et L. 432-5 s'exerce dans les conditions fixées par la section 4 du chapitre 1er du titre VI du livre Ier.

Article R432-4

En matière de prothèse dentaire, sauf en ce qui concerne la prothèse maxillo-faciale, à laquelle sont applicables les dispositions de la présente section, les mutilés se font appareiller chez un praticien de leur choix, dans les conditions fixées par la nomenclature générale des actes professionnels sous réserve des dispositions spéciales fixées par un arrêté interministériel pris conformément aux dispositions de l'article L. 432-3.

Les dispositions de l'article R. 141-1 sont applicables en matière de soins dentaires et de délivrance des appareils de prothèse dentaire.

La caisse primaire d'assurance maladie paie directement le praticien sur présentation de la note de frais établie sur la base du tarif fixé conformément aux dispositions des articles L. 162-5, L. 162-6, L. 162-8, L. 162-9, L. 162-11 et L. 162-12 d'après la nomenclature générale des actes professionnels.

Section 3 : Réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle et reclassement

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article R432-6

Le bénéfice du traitement prévu à l'article L. 432-6 est accordé à la victime, soit sur sa demande, soit sur l'initiative de la caisse, après avis du médecin traitant et du médecin-conseil dès qu'il apparaît que ce traitement est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure ou à atténuer l'incapacité permanente. En cas de désaccord ou si la victime en fait la demande, il est procédé à une expertise dans les conditions prévues par décret.

Au vu des avis médicaux, émis dans les conditions mentionnées à l'alinéa précédent, il est statué par la caisse sur la nature et la durée du traitement nécessité par l'état de la victime.

Article R432-7

La décision prise par la caisse primaire d'assurance maladie en application de l'article R. 432-6 est notifiée à la victime et à son médecin traitant. Lorsqu'il s'agit d'une décision de refus la notification à la victime est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans le cas où le bénéfice de la réadaptation fonctionnelle a été demandé par la victime, la caisse est tenue de répondre dans le délai d'un mois, à compter de la date de réception de la demande. Le défaut de réponse dans ce délai vaut décision de rejet et ouvre droit au recours de la victime.

Article R432-8

En cas d'inobservation des obligations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 432-8, la date à laquelle la caisse cesse d'être tenue au paiement des frais mentionnés au deuxième alinéa du même article est celle qui est constatée sur l'avis de réception de la lettre recommandée adressée par la caisse aux praticiens ou établissements intéressés, pour leur notifier sa décision, dont la victime aura également été avisée par lettre recommandée.

Article R432-9

Si une rente est due par la caisse primaire à la victime soumise au traitement spécial en vue de la réadaptation, à raison de l'incapacité permanente résultant de l'accident ayant nécessité cette réadaptation, la caisse primaire paie s'il y a lieu la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente, conformément aux dispositions de l'article R. 443-2.

Article R432-9-1

En cas de rééducation professionnelle, le salaire perçu avant l'accident en fonction duquel est calculé le supplément d'indemnité journalière ou de rente prévu à l'article L. 432-9 est celui mentionné aux articles R. 433-4 et R. 434-29.

Sous-section 2 : Prime de fin de rééducation et prêt d'honneur.

Article R432-10

En vue de faciliter le reclassement de la victime, la caisse primaire d'assurance maladie peut verser à celle-ci, après avis conforme de l'établissement où la rééducation a eu lieu :

1°) une prime de fin de rééducation dans la limite d'un maximum et selon les conditions d'attribution fixées par un décret pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;

2°) éventuellement, un prêt d'honneur en vue d'une installation industrielle, artisanale ou agricole.

Le décret mentionné au 1° ci-dessus détermine notamment le montant de ce prêt, le taux de l'intérêt y afférent, le délai maximum accordé pour le remboursement, les garanties exigées et, d'une façon générale, les conditions d'attribution du prêt.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 3 : Indemnisation de l'incapacité temporaire.

Article R433-1

La fraction du salaire journalier mentionnée au premier alinéa de l'article L. 433-2 est égale à 60 %.

Article R433-2

La limite maximale de la rémunération annuelle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 433-2 est égale à 0,834 %.

Article R433-3

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 433-2, le taux de l'indemnité journalière est porté à 80 % du salaire journalier, à partir du vingt-neuvième jour après celui de l'arrêt de travail consécutif à l'accident.

Article R433-4

Le salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière prévue à l'article L. 433-1 est déterminé comme suit :

1° 1/30,42 du montant de la paye du mois civil antérieur à la date de l'arrêt de travail lorsque le salaire est réglé mensuellement ou dans les cas autres que ceux mentionnés aux 2° et 5° ;

2° 1/28 du montant des deux ou des quatre dernières payes du mois civil antérieur à la date de l'arrêt de travail, si le salaire est réglé toutes les deux semaines ou chaque semaine ;

3° Abrogé ;

4° Abrogé ;

5° 1/365 du montant du salaire des douze mois civils antérieurs à la date de l'arrêt de travail, lorsque l'activité de l'entreprise n'est pas continue ou présente un caractère saisonnier ou lorsque la victime exerce une profession de manière discontinue.

L'indemnité journalière calculée à partir de ce salaire journalier ne peut dépasser le montant du gain journalier net perçu par la victime et déterminé par application au salaire de référence du taux forfaitaire mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 331-5.

Article R433-4-1

En cas de redressement d'assiette sur la base d'une rémunération forfaitaire mis en recouvrement conformément aux dispositions de l'article L. 242-1-2, les droits du salarié intéressé mentionnés à l'article L. 433-2 sont fixés sur la base d'une fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-1 du code du travail en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé.

Article R433-5

Par dérogation aux dispositions des articles R. 433-4 et R. 436-1, les conditions suivantes sont appliquées aux sommes allouées, soit à titre de rappel de rémunération pour une période écoulée, soit à titre de rémunération sous forme d'indemnités, primes ou gratifications, lorsqu'elles sont réglées postérieurement à la rémunération principale afférente à la même période de travail.

Ces sommes ne sont prises en considération pour la détermination du salaire de base de l'indemnité journalière qu'autant qu'elles ont été effectivement payées avant la date de l'arrêt de travail.

Elles sont considérées comme se rapportant à une période immédiatement postérieure au mois civil au cours duquel elles ont été effectivement payées et d'une durée égale à la période au titre de laquelle elles ont été allouées.

Article R433-6

Dans les cas énumérés ci-après et sous réserve des dispositions prévues au dernier alinéa, le salaire journalier de base est déterminé comme si la victime avait travaillé pendant le mois, les vingt-huit jours, les trois mois ou les douze mois dans les mêmes conditions :

1°) la victime travaillait, au sens de la législation sur les accidents du travail, depuis moins d'un mois, de vingt-huit jours, de trois mois ou de douze mois au moment de l'arrêt de travail ;

2°) la victime n'avait pas accompli les périodes de travail mentionnées à l'article précédent en raison de maladie, longue maladie, accident, maternité, chômage total ou partiel constaté par le service administratif qualifié, fermeture de l'établissement à la disposition duquel l'intéressé est demeuré, congé non payé à l'exclusion des absences non autorisées, services militaires ou appel sous les drapeaux ;

3°) la victime, bénéficiaire de l'indemnité de changement d'emploi prévue à l'article L. 461-8, s'est trouvée effectivement sans emploi au cours de la période à considérer ;

4°) la victime avait changé d'emploi au cours de la période à considérer. Dans ce cas, le salaire de base est déterminé à partir du salaire afférent à l'emploi occupé au moment de l'arrêt de travail. Toutefois, si le salaire de base ainsi déterminé se trouve inférieur au montant global des rémunérations réellement perçues dans les différents emplois au cours de la période à considérer, c'est sur ce montant global que doit être calculée l'indemnité journalière ;

5°) la victime bénéficiait d'un revenu de remplacement dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et suivants du code du travail.

Pour certaines catégories de salariés ou assimilés soumis à des conditions particulières de rémunération résultant du caractère normalement discontinu du travail, le salaire journalier de base mentionné au premier alinéa peut être adapté à ces conditions particulières de rémunération, suivant des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R433-7

Dans le cas prévu à l'article L. 443-2, où l'aggravation de la lésion entraîne pour la victime une nouvelle incapacité temporaire, l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire journalier de la période mentionnée à l'article R. 433-4, qui précède immédiatement l'arrêt du travail causé par cette aggravation. Si la date de guérison ou de consolidation n'a pas été fixée, cette indemnité est portée à 80 % du salaire ainsi déterminé à partir du vingt-neuvième jour d'arrêt de travail, compte tenu de la durée de la première interruption de travail consécutive à l'accident.

En aucun cas, l'indemnité journalière allouée conformément aux dispositions du présent article ne peut être inférieure à celle correspondant respectivement à 60 ou à 80 % du salaire, perçue au cours de la première interruption de travail, compte tenu, le cas échéant, de la révision opérée, conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 433-2.

Article R433-8

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière due à l'apprenti ne peut pas être inférieur au salaire mentionné à l'article R. 412-11 du présent code. L'indemnité journalière calculée à partir de ce salaire ne peut dépasser le gain journalier net perçu par l'apprenti et déterminé dans les conditions fixées au dernier alinéa de l'article R. 433-5.

Article R433-9

La durée d'interruption du travail mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 433-2 est fixée à trois mois.

Article R433-10

En vue de la révision prévue à l'article L. 433-2, le salaire journalier ayant servi de base au calcul de l'indemnité journalière est majoré, le cas échéant, par application des coefficients de majoration fixés par arrêtés interministériels.

Toutefois, lorsqu'il existe une convention collective de travail applicable à la profession à laquelle appartient la victime, celle-ci peut, si elle entre dans le champ d'application territorial de cette convention, demander que la révision du taux de son indemnité journalière soit effectuée sur la base d'un salaire journalier calculé d'après le salaire normal prévu pour sa catégorie professionnelle dans ladite convention si cette modalité lui est favorable. La révision prend effet soit du premier jour du quatrième mois d'incapacité temporaire, soit de la date d'effet du coefficient de variation ou de la convention susmentionnée si cette date est postérieure.

Article R433-11

Dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 433-2, il appartient à la victime de demander à la caisse primaire qui lui sert l'indemnité journalière la révision du taux de celle-ci en produisant les justifications utiles, et, notamment, une attestation délivrée par l'employeur qui occupait la victime au moment de l'accident. En cas de doute, la caisse primaire prend l'avis de l'inspecteur du travail.

La caisse doit, si elle estime qu'une victime est susceptible de bénéficier des dispositions précitées et que celle-ci néglige d'en faire la demande, l'inviter à lui fournir les justifications utiles.

Article R433-12

La caisse primaire d'assurance maladie n'est pas fondée à suspendre le service de l'indemnité journalière lorsque l'employeur maintient à la victime, en cas d'accident du travail, tout ou partie de son salaire ou des avantages en nature, soit en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, soit en vertu des usages de la profession, soit de sa propre initiative.

Toutefois, lorsque le salaire est maintenu en totalité, l'employeur est subrogé de plein droit à la victime, quelles que soient les clauses du contrat, dans les droits de celle-ci aux indemnités journalières qui lui sont dues.

Lorsque, en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, le salaire est maintenu en totalité ou en partie sous déduction des indemnités journalières, l'employeur qui paie tout ou partie du salaire pendant la période d'incapacité sans opérer cette déduction est subrogé de plein droit à la victime dans ses droits aux indemnités journalières à condition que le salaire maintenu au cours de cette période soit au moins égal au montant des indemnités dues pour la même période ; dans les autres cas, l'employeur est seulement fondé à poursuivre

auprès de la victime le recouvrement de la somme correspondant aux indemnités journalières dans la limite du salaire maintenu pour la même période.

L'employeur et la victime qui se sont mis d'accord pour le maintien d'avantages en nature en cas d'accidents, peuvent en informer la caisse et demander le versement par elle, à l'employeur, de la partie de l'indemnité journalière correspondant à la valeur des avantages maintenus.

Article R433-13

L'indemnité journalière prévue à l'article L. 433-1 est mise en paiement par la caisse primaire d'assurance maladie dès la réception de tout certificat médical attestant la nécessité d'arrêt de travail, sans préjudice des dispositions de l'article R. 433-17.

L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec les revenus de remplacement ou allocations mentionnés à l'article L. 311-5.

Article R433-14

L'indemnité journalière prévue à l'article L. 433-1 est payable aux époques fixées par le règlement intérieur de la caisse primaire débitrice, sans que l'intervalle entre deux paiements puisse excéder seize jours.

Article R433-15

Lorsque la victime reprend avant sa guérison ou la consolidation de sa blessure un travail léger avec l'autorisation de son médecin traitant, elle doit immédiatement en aviser la caisse primaire et lui adresser :

1°) un certificat du médecin traitant accordant ladite autorisation ;

2°) une attestation de l'employeur indiquant la nature exacte de l'emploi et la rémunération correspondante. Une nouvelle attestation patronale doit être adressée par la victime à la caisse primaire lors de tout changement survenu dans la nature de l'emploi occupé ou le montant de la rémunération perçue.

En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin-conseil, il est procédé à un nouvel examen conformément aux dispositions du chapitre 1er du titre IV du livre Ier.

Si le médecin-conseil ou le médecin expert reconnaît que le travail est de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure, la caisse primaire décide, s'il y a lieu, le maintien total ou partiel de l'indemnité, compte tenu de l'attestation prévue au premier alinéa du présent article ou, si celle-ci n'a pas été produite ou lui paraît insuffisante, au vu des résultats de l'enquête effectuée.

La caisse primaire notifie sa décision à la victime par lettre recommandée.

Article R433-16

La caisse primaire d'assurance maladie paie valablement les indemnités journalières dues à la victime entre les mains de son conjoint ou, si la victime est mineure, soit entre ses mains, soit entre les mains de toute personne justifiant l'avoir à sa charge.

La victime peut donner délégation à un tiers pour l'encaissement des indemnités journalières.

Cette délégation n'est valable que pour une seule période d'incapacité temporaire ; elle ne fait pas obstacle au droit de la caisse primaire de surseoir au paiement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer les indemnités par la poste.

Un employé d'une caisse ne peut recevoir de délégation de la victime pour l'encaissement des indemnités journalières que s'il a été spécialement accrédité à cet effet par le conseil d'administration de la caisse.

Article R433-17

Dès réception du certificat médical prévu au deuxième alinéa de l'article L. 441-6, la caisse primaire fixe, après avis du médecin-conseil, la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure.

Si la caisse conteste le contenu du certificat médical, il est statué dans les conditions fixées par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier.

Dans le cas où le certificat prévu au deuxième alinéa de l'article L. 441-6 n'est pas fourni à la caisse, celle-ci, après avis du médecin-conseil, notifie à la victime par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception la date qu'elle entend retenir comme date de la guérison ou de la consolidation de la blessure. Elle fait connaître également cette intention au médecin traitant. Si le certificat médical ne lui parvient pas dans un délai de dix jours à compter de la notification à la victime, la date, ainsi notifiée, devient définitive.

La notification de la décision de la caisse primaire est adressée à la victime sous pli recommandé avec demande d'avis de réception.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 4 : Indemnisation de l'incapacité permanente

Section 1 : Victimes.

Article R434-1

Le taux d'incapacité prévu aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 434-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 est fixé à 10 %.

Article R434-1-1

Lorsque l'indemnité en capital prévue à l'article L. 434-1 a déjà été versée et qu'un nouveau taux d'incapacité permanente est fixé, supérieur au taux précédemment notifié à la victime, il est tenu compte de l'indemnité en capital précédemment versée dans les conditions suivantes :

a) Si le nouveau taux d'incapacité reste inférieur à 10 %, la victime reçoit une indemnité en capital correspondant à ce nouveau taux, diminuée d'une somme égale à l'indemnité correspondant, à la date de la révision, à l'ancien taux ;

b) Si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10 %, la rente due à la victime est calculée suivant les règles fixées par les articles L. 434-2, L. 434-15 et L. 434-16 ; les arrérages annuels de cette rente sont diminués de 30 % au plus, à concurrence d'une somme égale à la moitié de l'indemnité en capital précédemment versée.

Article R434-1-2

Lorsque la rente versée à la victime d'un accident du travail a été partiellement remplacée par un capital et qu'un nouveau taux d'incapacité permanente est fixé pour la même personne, il est tenu compte du capital précédemment versé dans les conditions suivantes :

a) Si le nouveau taux d'incapacité est inférieur à 10 %, la rente est remplacée par l'indemnité en capital prévue à l'article L. 434-1 ;

b) Si le nouveau taux d'incapacité est au moins égal à 10 %, le montant de la rente due à la victime et correspondant à ce taux est diminué du montant de la fraction de la rente correspondant à l'ancien taux et qui a été précédemment remplacée par un capital.

Article R434-1-3

Lorsqu'un nouveau taux d'incapacité permanente inférieur à 10 % est fixé pour une personne bénéficiaire d'une rente, cette rente est remplacée par l'indemnité en capital prévue à l'article L. 434-1.

Article R434-2

La rente à laquelle a droit la victime en application du deuxième alinéa de l'article L. 434-2 est égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50 %.

Article R434-2-1

En cas d'accidents successifs, le calcul de la rente afférente au dernier accident prend en compte la somme de tous les taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus, qu'ils aient donné lieu au versement d'une rente ou d'une indemnité en capital, pour déterminer, en application de l'article R. 434-2, la partie du taux de l'accident considéré inférieure ou supérieure à 50 %.

Article R434-3

I.-Le taux d'incapacité prévu au troisième alinéa de l'article L. 434-2 est fixé à 80 %.

II.-Le montant annuel de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne est fixé par décret.

Il ne peut être inférieur au tiers du montant du salaire minimum mentionné au premier alinéa de l'article L. 434-16 lorsque la victime ne peut accomplir seule trois ou quatre des actes ordinaires de la vie figurant sur la grille d'appréciation des besoins d'assistance par une tierce personne prévue à l'article D. 434-2.

Il ne peut être inférieur aux deux tiers du montant de ce salaire minimum lorsque la personne ne peut accomplir seule cinq ou six de ces actes.

Il ne peut être inférieur à 100 % ni supérieur à 133 % du montant de ce salaire minimum lorsque la personne ne peut accomplir seule au moins sept de ces actes ou, lorsqu'en raison de troubles neuropsychiques, son état présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

Article R434-4

Lorsqu'à la date de consolidation d'un nouvel accident susceptible de donner lieu à une indemnité en capital, la somme des taux d'incapacité permanente visés à l'article R. 434-1 atteint le taux de 10 %, la victime est informée par la caisse de son droit à bénéficier soit d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit d'une indemnité en capital pour l'indemnisation de cet accident.

En l'absence d'option de la victime dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de cette information, la caisse verse au titre de ce nouvel accident une indemnité en capital dans les conditions prévues à l'article L. 434-1.

L'option est souscrite à titre définitif.

Lorsque la victime opte pour une rente, celle-ci est calculée conformément aux dispositions des articles R. 434-2-1, R. 434-28 et R. 434-29 sur le salaire annuel perçu au moment de l'accident ouvrant droit à l'option. Les arrérages annuels de la rente sont diminués de 30 % au plus, à concurrence d'une somme égale à la moitié du montant de la ou des indemnités en capital précédemment versées. Cette rente ne peut pas faire l'objet d'un rachat.

Les modalités d'information de la victime et d'exercice de son droit d'option sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Article R434-5

Quels que soient le montant de la rente et le taux d'incapacité, le titulaire peut demander que le quart au plus du capital correspondant à la valeur de la rente si le taux d'incapacité est de 50 % au plus, ou, s'il est plus élevé, du capital correspondant à la fraction de rente allouée jusqu'à 50 % lui soit attribué en espèces.

Si la rente est calculée sur un taux d'incapacité au plus égal à 50 %, le titulaire peut demander que le capital représentatif de la rente ou ce capital réduit du quart au plus, comme il vient d'être dit, serve à constituer sur sa tête une rente viagère réversible pour moitié au plus sur la tête, selon le cas, soit de son conjoint, soit de son partenaire d'un pacte civil de solidarité, soit de son concubin. Si le taux d'incapacité est supérieur à 50 % cette transformation ne peut être demandée que pour la portion de rente correspondant au taux d'incapacité de 50 %. La rente viagère est diminuée de façon qu'il ne résulte de la réversibilité aucune augmentation de charge pour la caisse.

Les conversions prévues ci-dessus sont effectuées suivant le tarif arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale d'après le taux d'incapacité permanente fixé à la date de la demande.

Article R434-6

La demande de conversion est adressée par le titulaire de la rente à la caisse primaire d'assurance maladie chargée du paiement de la rente sous pli recommandé avec demande d'accusé de réception.

La caisse notifie sa décision sous pli recommandé avec demande d'accusé de réception dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

Si le titulaire de la rente a demandé à la fois la conversion en capital du quart de la rente et le bénéfice de la conversion en rente réversible, les deux décisions prises par la caisse doivent faire l'objet de notifications distinctes.

En l'absence de notification de décision de la caisse dans le délai prévu au deuxième alinéa, la demande est réputée acceptée.

Article R434-7

Les arrérages de la rente ou fraction de rente convertie cessent d'être dus à la date d'effet de la conversion déterminée comme il est dit au premier alinéa de l'article R. 434-6.

Dans le cas de constitution d'une rente réversible, la nouvelle rente a pour point de départ le lendemain de la date de cessation du paiement de la rente ou fraction de rente convertie.

Article R434-8

Sauf en ce qui concerne la transformation de la rente en capital ou en rente réversible, opération qui a un caractère irrévocable, les droits et obligations de la victime après la conversion s'exercent dans les mêmes conditions qu'auparavant.

Article R434-9

Pour l'application de l'article L. 434-6, le pourcentage du salaire perçu par le travailleur valide de la catégorie à laquelle appartenait la victime est fixé à 80 %.

Section 2 : Ayants droit.

Article R434-10

La fraction de salaire annuel de la victime qui sert de base à la rente prévue au premier alinéa de l'article L. 434-8 en faveur du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin est fixée à 40 %. La durée mentionnée au même alinéa est de deux ans.

La fraction du salaire annuel de la victime qui sert de base à la rente viagère prévue au deuxième alinéa de l'article L. 434-8 est fixée à 20 %. Le minimum de la rente viagère institué en faveur du nouveau conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin de la victime ne peut être inférieur à la moitié de la rente de 40 %.

La fraction du salaire annuel de la victime qui sert de base au complément de rente prévu en faveur du conjoint survivant ou du partenaire survivant d'un pacte civil de solidarité ou du concubin survivant de la victime décédée par le sixième alinéa de l'article L. 434-8 est fixée à 20 %. L'âge minimum que doit avoir ce dernier est de cinquante-cinq ans. Le pourcentage minimal de l'incapacité de travail générale prévue au même alinéa est fixé à 50 % ; sa durée minimale est fixée à trois mois.

Est reconnu atteint d'une incapacité de travail générale d'au moins 50 % le conjoint survivant, le partenaire survivant d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant de la victime décédée qui se trouve hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un gain supérieur à la moitié du salaire minimum de croissance.

Article R434-11

Le conjoint survivant, le partenaire survivant d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant de la victime décédée qui sollicite le bénéfice des dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 434-8 adresse à la caisse primaire d'assurance maladie une demande au moyen d'un imprimé mis à sa disposition par cet organisme et accompagnée des pièces justifiant qu'il satisfait aux conditions exigées.

Cette demande comporte un questionnaire ; le postulant doit attester sur l'honneur l'exactitude de ses réponses.

Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

Article R434-12

La caisse primaire, au reçu de la demande prévue au premier alinéa de l'article R. 434-11, doit prendre l'avis du service du contrôle médical.

Au vu des renseignements recueillis, il est statué par la caisse primaire sur l'attribution du complément de rente de 20 % et le point de départ de celui-ci, qui ne peut être antérieur, suivant le cas, soit à la date connue avec certitude de la première constatation médicale de l'incapacité de travail générale, soit à la date à laquelle le postulant a atteint l'âge de cinquante-cinq ans.

La caisse est toutefois fondée à refuser au conjoint survivant, au partenaire survivant d'un pacte civil de solidarité ou au concubin survivant de la victime décédée le bénéfice du complément de rente de 20 %, demandé au titre d'une incapacité de travail générale, pour toute période pendant laquelle son contrôle aura été rendu impossible du fait de l'intéressé.

La décision doit être notifiée immédiatement à ce dernier par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article R434-13

La caisse primaire d'assurance maladie peut faire procéder par un de ses médecins-conseils à des examens de contrôle de l'état du bénéficiaire du complément de rente de 20 % obtenu en raison d'une incapacité générale de travail de 50 %.

Le bénéficiaire est tenu de se prêter à ces examens. Il est tenu, en outre, d'aviser la caisse primaire lorsque, par suite de l'amélioration de son état, les conditions de pourcentage minimal de l'incapacité de travail générale ne se trouvent plus remplies.

En cas d'inobservation de ces obligations par le bénéficiaire, la caisse est fondée à supprimer le complément de rente de 20 %.

Article R434-14

La durée de la période prévue à l'article L. 434-9 est fixée à trois ans.

Dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 434-9 le conjoint survivant, le partenaire survivant d'un pacte civil de solidarité ou le concubin survivant de la victime décédée adresse à la caisse primaire une demande au moyen d'un imprimé mis à sa disposition par cet organisme et accompagnée des pièces justifiant qu'il satisfait aux conditions prévues.

Cette demande comporte un questionnaire ; le postulant doit attester sur l'honneur l'exactitude de ses réponses.

Il est donné au requérant récépissé de sa demande et des pièces qui l'accompagnent.

Article R434-15

La limite d'âge prévue au premier alinéa de l'article L. 434-10 est fixée à 20 ans.

La fraction du salaire annuel de la victime, prévue au deuxième alinéa de l'article L. 434-10 est fixée, pour chaque orphelin de père ou de mère remplissant les conditions requises, à 25 % dans la limite de deux orphelins et à 20 % au-delà de deux.

Cette fraction est fixée à 30 % si l'enfant est orphelin de père et de mère lors du décès de la victime ou postérieurement à ce décès.

Article R434-16

La fraction du salaire annuel de la victime, prévue à l'article L. 434-13, est fixée à 10 %.

Les fractions du salaire annuel de la victime, prévues respectivement aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 434-14, sont fixées à 30 % et à 85 %.

Article R434-17

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 434-29, dans le cas où la victime d'un accident mortel était titulaire d'une ou de plusieurs rentes à raison d'accidents du travail antérieurs, et percevait un salaire inférieur à celui qu'elle aurait perçu si lesdits accidents ne s'étaient pas produits, ce dernier salaire est substitué au salaire réellement touché pour le calcul des rentes d'ayants droit.

Article R434-18

Une allocation provisionnelle à déduire lors du paiement des premiers arrérages de la rente peut être versée immédiatement au conjoint survivant, partenaire survivant d'un pacte civil de solidarité, concubin survivant ou aux ayants droit des victimes sur leur demande.

La caisse primaire d'assurance maladie apprécie le bien-fondé de cette demande et, le cas échéant, fixe le montant de l'allocation et les modalités suivant lesquelles elle sera remboursée par prélèvement sur les premiers arrérages, sous réserve des dispositions ci-après.

Le montant de l'allocation provisionnelle ne peut être supérieur au montant probable des arrérages correspondant à un trimestre pour chaque catégorie d'ayants droit.

Il n'est pas versé d'allocation provisionnelle lorsqu'il s'agit d'un bénéficiaire du droit au capital décès prévu à l'article L. 361-1, à moins que ce capital ne soit inférieur au montant du premier trimestre d'arrérages, auquel cas l'intéressé pourra recevoir la différence entre la valeur de ces arrérages et le capital.

Le remboursement de l'allocation est opéré par fractions égales, sur les arrérages des quatre premiers trimestres. Exceptionnellement, il pourra être échelonné sur une période de plus longue durée, qui ne devra toutefois en aucun cas excéder deux ans.

Section 3 : Dispositions communes

Sous-section 1 : Charge et gestion des prestations de l'incapacité permanente.

Article R434-19

Le paiement des indemnités en capital et des arrérages des rentes d'accidents du travail ainsi que de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne prévue à l'article L. 434-3 est effectué par les caisses primaires d'assurance maladie.

Article R434-20

Dès que la caisse primaire a connaissance du ou des accidents du travail entraînant une incapacité permanente de travail dont l'intéressé a été victime antérieurement, elle demande à la caisse primaire qui assure la gestion de la rente afférente à chacun desdits accidents de se dessaisir à son profit du dossier de la rente.

La caisse primaire saisie de la demande prévue à l'alinéa précédent doit assurer le paiement des arrérages en cours et transmettre ensuite le dossier au plus tard dans le mois suivant l'échéance dudit paiement, le transfert ne prenant effet qu'à compter de l'échéance suivante.

Article R434-21

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 434-20, le transfert est différé dans le cas où, à la date de réception de la demande, on se trouve dans l'un des cas suivants :

1°) le taux de l'incapacité permanente n'a pas encore été fixé ;

2°) la liquidation de la rente est en cours ;

3°) une contestation est en cours, notamment sur le taux d'incapacité permanente, le caractère professionnel d'une lésion invoquée par la victime, le montant de la rente ;

4°) une action récursoire est engagée par la caisse primaire en application des dispositions des articles L. 452-4, L. 452-5 et L. 454-1.

Dans les cas énumérés ci-dessus, le transfert prend effet de la seconde échéance suivant la date à laquelle la décision prise par la caisse primaire ou par la juridiction compétente devient définitive, le paiement des arrérages en cours à cette date étant assuré par la caisse primaire avant son dessaisissement.

Article R434-22

Le transfert de la charge de la gestion de la rente, dans les conditions prévues aux articles R. 434-20 et R. 434-21, n'entraîne un transfert de fonds que dans la limite des sommes dont le remboursement est opéré au profit de la caisse primaire dans les cas prévus aux articles L. 452-4, L. 452-5 et L. 454-1. En accord avec les caisses primaires intéressées, le débiteur peut, s'il y a lieu, rembourser directement à la caisse primaire à laquelle la rente a été transférée.

Article R434-23

La caisse primaire qui a la charge et assure la gestion de plusieurs rentes pour un même bénéficiaire, effectue simultanément le paiement des arrérages desdites rentes.

La caisse primaire fait connaître au bénéficiaire qu'elle assume également, à compter du transfert de la rente, la charge des prestations autres que la rente qui seraient dues par suite des conséquences de l'accident ayant donné lieu au transfert.

Article R434-24

En cas d'accidents successifs à la charge soit de différentes organisations spéciales de sécurité sociale, notamment de celles qui sont mentionnées aux articles L. 413-13 et L. 413-14, à l'article 58 du décret n° 60-452 du 12 mai 1960, soit d'une ou plusieurs de ces organisations et d'une ou plusieurs caisses primaires d'assurance maladie, la charge et la gestion de la rente ou des rentes antérieures ainsi que les prestations autres que la ou les rentes sont également transférées à l'organisme qui a la charge du dernier accident.

Ce transfert s'opère dans les conditions prévues aux articles R. 434-20 et R. 434-21 et au présent article. Toutefois, le transfert de la charge de la rente donne lieu au transfert, à titre de règlement définitif, du capital représentatif de ladite rente évaluée à la date du transfert suivant le tarif arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale. Le transfert de la charge des majorations de rentes ainsi que des prestations autres que les rentes peut faire l'objet d'une évaluation forfaitaire dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Sous-section 2 : Calcul de la rente.

Article R434-25

Le taux d'incapacité mentionné au premier alinéa de l'article L. 434-15 est le taux de 10 % prévu à l'article R. 434-1.

Article R434-26

Le pourcentage de réduction prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16 est fixé à 10 %.

Article R434-27

Le salaire minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16 est fixé à 18 281,80 euros à la date du 1er avril 2016.

Article R434-28

Le salaire annuel sur lequel est calculée la rente prévue au troisième alinéa de l'article L. 434-16, s'il est supérieur au salaire minimum prévu au premier alinéa dudit article, et lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, n'entre intégralement en compte pour le calcul de la rente que s'il ne dépasse pas le double de ce salaire minimum. S'il le dépasse, l'excédent n'est compté que pour un tiers. Toutefois, il n'est pas tenu compte de la fraction excédant huit fois le montant du salaire minimum.

Article R434-29

Pour le calcul des rentes, le salaire mentionné à l'article R. 436-1 s'entend de la rémunération effective totale reçue chez un ou plusieurs employeurs pendant les douze mois civils qui ont précédé l'arrêt de travail consécutif à l'accident. Ce salaire est revalorisé par application du coefficient mentionné à l'article L. 434-17 si, entre la date de l'arrêt de travail et la date de consolidation, un ou plusieurs arrêtés de revalorisation sont intervenus. Il est déterminé compte tenu des dispositions ci-après :

1°) si la victime appartenait depuis moins de douze mois à la catégorie professionnelle dans laquelle elle est classée au moment de l'arrêt de travail consécutif à l'accident, le salaire annuel est calculé en ajoutant à la rémunération effective afférente à la durée de l'emploi dans cette catégorie celle que la victime aurait pu recevoir pendant le temps nécessaire pour compléter les douze mois ; toutefois, si la somme ainsi obtenue est inférieure au montant total des rémunérations perçues par la victime dans ses divers emplois, c'est sur ce dernier montant que sont calculées les rentes ;

2°) si, pendant ladite période de douze mois, la victime a interrompu son travail pour l'une des causes prévues à l'article R. 433-6, il est fait état du salaire moyen qui eût correspondu à ces interruptions de travail ;

3°) si la victime travaillait dans une entreprise fonctionnant normalement pendant une partie de l'année seulement ou effectuant normalement un nombre d'heures inférieur à la durée légale du travail, le salaire annuel est calculé en ajoutant à la rémunération afférente à la période d'activité de l'entreprise les gains que le travailleur a réalisés par ailleurs dans le reste de l'année ;

4°) si, par suite d'un ralentissement accidentel de l'activité économique, le travailleur n'a effectué qu'un nombre d'heures de travail inférieur à la durée légale du travail, le salaire annuel est porté à ce qu'il aurait été, compte tenu du nombre légal d'heures de travail ;

5°) si l'état d'incapacité permanente de travail apparaît pour la première fois après une rechute ou une aggravation dans les conditions prévues respectivement aux articles R. 443-3 et R. 443-4, la période de douze mois à prendre en considération est celle qui précède :

- a. soit l'arrêt de travail causé par la rechute ou, si l'aggravation n'a pas entraîné d'arrêt de travail, la date de constatation de l'incapacité permanente ;
- b. soit l'arrêt de travail consécutif à l'accident, selon le mode de calcul le plus favorable à la victime.

Article R434-30

Les périodes d'activité des entreprises mentionnées au 3° de l'article précédent sont déterminées par arrêté préfectoral pris sur la proposition de l'inspecteur du travail dans la circonscription duquel se trouve l'entreprise considérée, après avis des organisations patronales et ouvrières intéressées.

Les propositions de l'inspecteur du travail sont établies, le cas échéant, en prenant pour base les arrêtés du ministre chargé du travail intervenus en exécution des décrets déterminant les modalités d'application des articles L. 212-1 et L. 212-2 du code du travail relatifs à la semaine de 39 heures, à l'effet d'autoriser la récupération des heures perdues dans les industries ou commerces qui subissent des baisses normales de travail à certaines époques de l'année, en raison des conditions spéciales dans lesquelles elles fonctionnent.

Sous-section 3 : Attribution de la rente

Article R434-31

Dès qu'il apparaît que l'accident a entraîné, entraîne ou paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente de travail, la caisse, à quelque époque que ce soit, prend l'avis du service du contrôle médical.

Sur proposition de ce service, lorsqu'il estime que l'incapacité permanente présentée par la victime est susceptible de rendre celle-ci inapte à l'exercice de sa profession ou à la demande de la victime ou de son médecin traitant et si cette victime relève de la médecine du travail, la caisse, sans préjudice de l'application des dispositions relatives à la réadaptation ou à la rééducation professionnelle, recueille l'avis du médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant ladite victime à son employeur. A cet effet, elle adresse au médecin du travail une fiche dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le médecin du travail mentionne sur la fiche celles des constatations et observations par lui faites lors de la visite prévue à l'article R. 241-51 du code du travail et qui sont relatives à l'aptitude de la victime à reprendre son ancien emploi ou à la nécessité d'une réadaptation.

Dans le délai de quinze jours à compter de la date à laquelle il a été saisi, le médecin du travail adresse à la caisse primaire intéressée la fiche prévue par les dispositions qui précèdent, sous pli confidentiel, à destination du médecin-conseil chargé du contrôle médical.

Dès que ce document lui est parvenu ou, à défaut, après l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le médecin-conseil exprime dans un rapport son avis, au vu de ces constatations et de l'ensemble des éléments d'appréciation figurant au dossier.

Article R434-32

Au vu de tous les renseignements recueillis, la caisse primaire se prononce sur l'existence d'une incapacité permanente et, le cas échéant, sur le taux de celle-ci et sur le montant de la rente due à la victime ou à ses ayants droit.

Les barèmes indicatifs d'invalidité dont il est tenu compte pour la détermination du taux d'incapacité permanente d'une part en matière d'accidents du travail et d'autre part en matière de maladies professionnelles sont annexés au présent livre. Lorsque ce dernier barème ne comporte pas de référence à la lésion considérée, il est fait application du barème indicatif d'invalidité en matière d'accidents du travail.

La décision motivée est immédiatement notifiée par la caisse primaire par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, avec mention des voies et délais de recours, à la victime ou à ses ayants droit et à l'employeur au service duquel se trouvait la victime au moment où est survenu l'accident. Le double de cette décision est envoyé à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

La notification adressée à la victime ou à ses ayants droit invite ceux-ci à faire connaître à la caisse, dans un délai de dix jours, à l'aide d'un formulaire annexé à la notification, s'ils demandent l'envoi, soit à eux-mêmes, soit au médecin que désignent à cet effet la victime ou ses ayants droit, d'une copie du rapport médical prévu au cinquième alinéa de l'article R. 434-31.

La caisse procède à cet envoi dès réception de la demande, en indiquant que la victime, ses ayants droit ou le médecin désigné à cet effet peuvent, dans un délai de quinzaine suivant la réception du rapport, prendre connaissance au service du contrôle médical de la caisse des autres pièces médicales.

Sous-section 4 : Entrée en jouissance et service de la rente

Article R434-33

Les arrérages courent du lendemain de la date de consolidation de la blessure, du lendemain du décès, ou du premier jour suivant la fin du mois d'arrérages au cours duquel un titulaire d'une rente d'accident du travail est décédé.

La caisse peut consentir une avance sur le premier arrérage de la rente.

En cas de contestations autres que celles portant sur le caractère professionnel de l'accident, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut accorder des avances sur rentes payables dans les conditions

prévues à l'alinéa précédent. Ces avances viennent en déduction du montant des indemnités journalières ou de la rente qui seraient reconnues être dues. Elles ne peuvent être inférieures à la rente proposée par la caisse.

Article R434-34

Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont payables à la résidence du titulaire, par trimestre et à terme échu.

Toutefois, lorsque le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 50 %, la rente est versée mensuellement par la caisse primaire débitrice, sous réserve de son paiement soit par lettre chèque, soit par virement sur un compte bancaire ou d'épargne ouvert au nom du titulaire ou de son représentant dûment mandaté.

Les dates de paiement sont fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R434-34-1

I. - La prestation complémentaire pour recours à tierce personne prend effet dans les conditions suivantes :

1° A la même date que la rente lorsqu'elle est attribuée simultanément à celle-ci ;

2° A la date de révision de la rente lorsqu'elle est attribuée à l'occasion d'une modification du taux d'incapacité permanente ;

3° A compter du jour de la constatation, par le médecin de la victime, de l'incapacité de celle-ci à accomplir les actes ordinaires de la vie ou, si l'incapacité est constatée par le médecin-conseil sans examen préalable par le médecin de la victime, à la date du dépôt de la demande de la prestation lorsque cette dernière n'est pas attribuée simultanément à la rente ou à l'occasion d'une modification du taux d'incapacité permanente.

II. - Elle cesse d'être due à compter du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la victime est informée, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception de la décision de la caisse, qu'elle ne remplit plus les conditions d'attribution de cette prestation.

III. - Lorsque, par suite d'un réexamen de la victime, à l'initiative de celle-ci ou de la caisse, il est constaté une modification de sa capacité à accomplir les actes ordinaires de la vie justifiant une révision du montant de la prestation, le nouveau montant de celle-ci est appliqué :

1° En cas de réduction de la prestation, au premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la victime est informée de cette décision, qui lui est adressée par tout moyen permettant d'en déterminer la date de réception ;

2° En cas d'augmentation de la prestation, à compter de la date de révision de la rente si le réexamen de la victime emporte une modification de son taux d'incapacité ou, dans le cas contraire, à compter du jour de la constatation, par le médecin de la victime, de l'incapacité de celle-ci à accomplir les actes ordinaires de la vie ou, si l'incapacité est constatée par le médecin-conseil sans examen préalable par le médecin de la victime, à la date du dépôt de la demande de révision du montant de la prestation.

IV. - Lorsque la prestation prend effet en cours de mois, son montant est diminué à due concurrence du nombre de jours écoulés entre le début de ce mois et la date de prise d'effet.

V. - En cas d'hospitalisation de l'assuré, la prestation complémentaire pour recours à tierce personne est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel il a été hospitalisé ; au-delà de cette période, son service est suspendu.

Sous-section 5 : Travailleurs étrangers.

Article R434-35

Le capital mentionné au premier alinéa de l'article L. 434-20 est égal à trois fois le montant annuel de la rente.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 6 : Dispositions communes aux prestations en espèces.

Article R436-1

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière et des rentes par application des articles L. 433-2 et L. 434-15 s'entend des rémunérations, au sens du chapitre II du titre IV du livre II du présent code, servant au calcul des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et afférentes à la période à considérer dans chacun des cas prévus aux articles R. 433-4 et R. 434-29. L'assiette ainsi définie s'applique y compris en cas de mise en œuvre des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 241-5.

En ce qui concerne les revenus non salariaux, ceux-ci ne peuvent être pris en compte que pour le calcul de la rente et seulement dans la mesure où ils ont supporté une cotisation d'assurance volontaire au titre de l'article L. 743-1.

La rémunération de base fait l'objet d'un abattement en raison des frais professionnels qui y sont incorporés, lorsque le travailleur bénéficie, en matière d'impôts sur les traitements et salaires, d'une réduction propre, en sus du taux général de réduction pour frais professionnels. Le taux d'abattement de la rémunération est égal au taux de cette réduction supplémentaire.

Article R436-2

Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité journalière et des rentes dues au travailleur âgé de moins de dix-huit ans ou à ses ayants droit ne peut être inférieur au salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi de la profession en fonction duquel ont été fixés, par voie d'abattements, les taux minima de rémunération des jeunes travailleurs âgés de moins de dix-huit ans.

A défaut de cette référence, le salaire de base de l'indemnité journalière et de la rente ne peut être inférieur au salaire le plus bas des travailleurs adultes de la même catégorie occupés dans l'établissement ou, à défaut, dans un établissement voisin similaire.

L'indemnité journalière calculée à partir de l'un de ces deux salaires ne peut dépasser le gain journalier net perçu par le travailleur âgé de moins de dix-huit ans et déterminé dans les conditions fixées au dernier alinéa de l'article R. 433-4.

Article R436-4

Le salaire servant de base au calcul des indemnités journalières et des rentes dues aux gérants de coopératives ouvrières de production et aux gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ou d'autres établissements commerciaux ou industriels mentionnés à l'article L. 311-3 auquel renvoie l'article L. 412-2, s'entend de la rémunération totale afférente à la période d'un an ayant pris fin au dernier inventaire de l'établissement ou de la succursale avant la date de l'arrêt de travail.

Le salaire journalier est calculé en divisant le salaire annuel ainsi déterminé par 365.

Dans le cas où l'établissement ou la succursale est géré par des conjoints ou lorsque le gérant emploie un personnel auxiliaire à ses frais et sous sa responsabilité, le salaire de base du gérant ou de son conjoint victime de l'accident est déterminé suivant la répartition indiquée par une déclaration adressée au siège de l'entreprise dans les dix premiers jours qui suivent chaque trimestre civil par le ou les titulaires de la gérance.

Article R436-4-1

Pour les travailleurs privés d'emploi bénéficiaires des revenus de remplacement prévus à l'article L. 351-2 du code du travail et pour les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article R. 160-13 dudit code, victimes d'accidents du travail à l'occasion ou par le fait de tâches d'intérêt général qu'ils accomplissent, le salaire servant de base au calcul des prestations est déterminé conformément aux dispositions de l'article R. 412-11.

Les dispositions du dernier alinéa de l'article R. 433-13 sont applicables à l'indemnité journalière versée en application du présent article.

Article R436-5

L'astreinte prévue à l'article L. 436-1 est versée à partir du huitième jour de l'échéance de l'indemnité journalière, de l'indemnité en capital ou de la rente. Elle est quotidienne et égale à 1 % du montant des sommes non payées.

Article R436-6

Les dispositions des articles R. 412-5, R. 412-6 (dernier alinéa), R. 412-7 (troisième alinéa), R. 412-8 (dernier alinéa), R. 412-9 (dernier alinéa), R. 412-11, R. 433-8, R. 433-13 et R. 436-4-1 s'appliquent pour le calcul des indemnités journalières aux accidents survenus postérieurement au 7 décembre 1985 et pour le calcul des rentes aux victimes d'accidents du travail dont l'état est consolidé postérieurement à cette date.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 7 : Fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole.

Article R437-1

Les employeurs auxquels sont applicables les modalités particulières de gestion des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, fixées par le présent titre, participent à l'alimentation du fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole institué par l'article L. 437-1. L'assiette de leur contribution est celle qui est définie par l'article L. 241-5, pour les cotisations de sécurité sociale. Le taux est fixé par l'arrêté prévu à l'article L. 437-1 et pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Toutefois, l'Etat employeur est exonéré de toute contribution à l'alimentation du fonds commun.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures - Révision - Rechute - Accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 1er : Déclarations et formalités

Section 1 : Dispositions générales.

Article R441-1

Les formalités de déclaration d'accident sont effectuées par l'employeur conformément aux dispositions des articles L. 441-2 et L. 441-4.

Dans les collectivités, établissements et entreprises assurant directement la charge de la réparation, un exemplaire des certificats médicaux prévus à l'article L. 441-6 est transmis sans délai par la caisse primaire au comité d'entreprise intéressé.

Article R441-2

La déclaration à laquelle la victime d'un accident du travail est tenue conformément à l'article L. 441-1 doit être effectuée dans la journée où l'accident s'est produit ou au plus tard dans les vingt-quatre heures.

Elle doit être envoyée, par lettre recommandée, si elle n'est pas faite à l'employeur ou à son préposé sur le lieu de l'accident.

Article R441-3

La déclaration de l'employeur ou l'un de ses préposés prévue à l'article L. 441-2 doit être faite par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, dans les quarante-huit heures non compris les dimanches et jours fériés.

Pour la déclaration des accidents dont sont victimes hors des locaux de l'établissement les personnes mentionnées aux 1°, 2°, 4°, 6°, 7°, 8° et 13° de l'article L. 311-3 auquel renvoie l'article L. 412-2, le délai imparti à l'employeur ne commence à courir que du jour où il a été informé de l'accident.

Article R441-4

L'employeur est tenu d'adresser à la caisse primaire d'assurance maladie, en même temps que la déclaration d'accident ou au moment de l'arrêt du travail, si celui-ci est postérieur, une attestation indiquant la période du travail, le nombre de journées et d'heures auxquelles s'appliquent la ou les payes mentionnées à l'article R. 433-4, le montant et la date de ces payes.

La caisse primaire peut demander à l'employeur et à la victime ou à ses ayants droit tous renseignements complémentaires qu'elle juge utiles.

Article R441-5

L'autorité de l'Etat prévue au troisième alinéa de l'article L. 441-4 est l'inspection du travail.

La déclaration de l'employeur doit être faite dans les quarante-huit heures qui suivent la survenance de la circonstance nouvelle mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 441-4.

Article R441-6

Pour chaque accident du travail, la caisse primaire donne avis immédiatement à la caisse régionale de la déclaration d'accident. Elle lui communique le montant total des dépenses engagées pendant la période d'incapacité temporaire, à l'exception des frais de rééducation professionnelle.

Toute modification apportée au montant desdites dépenses en application des articles R. 441-10 et R. 443-3 est immédiatement portée à la connaissance de la caisse régionale.

Article R441-7

Les certificats médicaux adressés à la caisse primaire d'assurance maladie par le praticien, conformément aux dispositions de l'article L. 441-6 devront mentionner, indépendamment des renseignements prévus audit article, toutes les constatations qui pourraient présenter une importance pour la détermination de l'origine traumatique ou morbide des lésions.

La formule arrêtée pour ces certificats peut être utilisée par le praticien pour établir le certificat médical attestant, au cours du traitement, la nécessité, selon le cas, d'interrompre le travail ou de prolonger le

repos. Ce certificat justifie du droit de la victime au bénéfice des indemnités journalières, sous réserve des dispositions de l'article R. 433-17.

En application de l'article L. 441-6, dans les vingt-quatre heures, l'un des exemplaires du certificat de consolidation ou de guérison est adressé par les soins du praticien à la caisse primaire, le second est remis à la victime, ainsi que toutes les pièces ayant servi à l'établissement dudit certificat.

Article R441-8

La feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5, remise par la victime au praticien, n'entraîne pas de plein droit la prise en charge de l'indemnisation au titre du présent livre.

Elle porte désignation de la caisse primaire d'assurance maladie chargée du service des prestations.

Il est interdit d'y mentionner le nom et l'adresse d'un praticien, d'un pharmacien, d'une clinique ou d'un dispensaire quelconque.

La caisse elle-même peut délivrer la feuille d'accident.

La feuille d'accident est valable pour la durée du traitement consécutif à l'accident ou à la maladie professionnelle.

A la fin du traitement ou dès que la feuille d'accident est entièrement utilisée, la victime adresse celle-ci à la caisse. Celle-ci délivre à la victime, s'il y a lieu, une nouvelle feuille d'accident.

Article R441-9

Tout praticien, tout auxiliaire médical appelé à donner des soins mentionne sur la feuille d'accident en possession de la victime les actes accomplis et appose sa signature. Il en est de même pour le pharmacien ou le fournisseur lors de toute fourniture aussi bien que pour l'établissement hospitalier dans le cas d'hospitalisation.

Le praticien, auxiliaire médical, pharmacien, fournisseur ou établissement hospitalier utilise la partie de la feuille d'accident qui lui est destinée pour établir sa note d'honoraires ou sa facture, ou bien il reproduit sur cette note les mentions figurant sur ladite feuille, en ce qui concerne, notamment, les nom et prénoms et adresse, numéro d'immatriculation de la victime, désignation de l'employeur, date de l'accident, ainsi que toutes circonstances particulières qu'il lui paraîtrait utile de signaler.

La note d'honoraires ou la facture est adressée, selon le cas, soit à la caisse primaire d'assurance maladie, soit à l'établissement, service ou entreprise autorisé à gérer le risque d'accident du travail conformément aux dispositions de l'article L. 413-13, tels qu'ils sont désignés sur la feuille d'accident présentée par la victime.

Section 2 : Dispositions relatives à la procédure de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie par les caisses.

Article R441-10

La caisse dispose d'un délai de trente jours à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration d'accident et le certificat médical initial ou de trois mois à compter de la date à laquelle elle a reçu la déclaration de la maladie professionnelle et le certificat médical initial pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie.

Il en est de même lorsque, sans préjudice de l'application des dispositions du chapitre Ier du titre IV du livre Ier et de l'article L. 432-6, il est fait état pour la première fois d'une lésion ou maladie présentée comme se rattachant à un accident du travail ou maladie professionnelle.

Sous réserve des dispositions de l'article R. 441-14, en l'absence de décision de la caisse dans le délai prévu au premier alinéa, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

Article R441-11

I. # La déclaration d'accident du travail peut être assortie de réserves motivées de la part de l'employeur.

Lorsque la déclaration de l'accident en application du deuxième alinéa de l'article L. 441-2 n'émane pas de l'employeur, la victime adresse à la caisse la déclaration de l'accident. Un double est envoyé par la caisse à l'employeur à qui la décision est susceptible de faire grief par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception. L'employeur peut émettre des réserves motivées. La caisse adresse également un double de cette déclaration au médecin du travail.

En cas de rechute d'un accident du travail, le double de la demande de reconnaissance de la rechute de l'accident du travail déposé par la victime est envoyé par la caisse primaire à l'employeur qui a déclaré l'accident dont la rechute est la conséquence par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception. L'employeur peut alors émettre des réserves motivées.

II. # La victime adresse à la caisse la déclaration de maladie professionnelle. Un double est envoyé par la caisse à l'employeur à qui la décision est susceptible de faire grief par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception. L'employeur peut émettre des réserves motivées. La caisse adresse également un double de cette déclaration au médecin du travail.

III. # En cas de réserves motivées de la part de l'employeur ou si elle l'estime nécessaire, la caisse envoie avant décision à l'employeur et à la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle un questionnaire portant sur les circonstances ou la cause de l'accident ou de la maladie ou procède à une enquête auprès des intéressés. Une enquête est obligatoire en cas de décès.

Article R441-12

Après la déclaration de l'accident ou de la maladie, la victime ou ses ayants droit et l'employeur peuvent faire connaître leurs observations et toutes informations complémentaires ou en faire part directement à l'enquêteur de la caisse primaire.

En cas d'enquête effectuée par la caisse primaire sur l'agent causal d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'employeur doit, sur demande, lui communiquer les renseignements nécessaires permettant d'identifier le ou les risques ainsi que les produits auxquels le salarié a pu être exposé à l'exclusion de toute formule, dosage, ou processus de fabrication d'un produit.

Pour les besoins de l'enquête, la caisse régionale communique à la caisse primaire, sur la demande de celle-ci, les éléments dont elle dispose sur les produits utilisés ou sur les risques afférents au poste de travail ou à l'atelier considéré à l'exclusion de toute formule, dosage ou processus de fabrication d'un produit.

Article R441-13

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre ;

- 1°) la déclaration d'accident et l'attestation de salaire ;
- 2°) les divers certificats médicaux ;
- 3°) les constats faits par la caisse primaire ;
- 4°) les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;
- 5°) les éléments communiqués par la caisse régionale ;
- 6°) éventuellement, le rapport de l'expert technique.

Il peut, à leur demande, être communiqué à l'assuré, ses ayants droit et à l'employeur, ou à leurs mandataires.

Ce dossier ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire.

Article R441-14

Lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire, la caisse doit en informer la victime ou ses ayants droit et l'employeur avant l'expiration du délai prévu au premier alinéa de l'article R. 441-10 par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. A l'expiration d'un nouveau délai qui ne peut excéder deux mois en matière d'accidents du travail ou trois mois en matière de maladies professionnelles à compter de la

date de cette notification et en l'absence de décision de la caisse, le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est reconnu.

En cas de saisine du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 461-1, le délai imparti à ce comité pour donner son avis s'impute sur les délais prévus à l'alinéa qui précède.

Dans les cas prévus au dernier alinéa de l'article R. 441-11, la caisse communique à la victime ou à ses ayants droit et à l'employeur au moins dix jours francs avant de prendre sa décision, par tout moyen permettant d'en déterminer la date de réception, l'information sur les éléments recueillis et susceptibles de leur faire grief, ainsi que sur la possibilité de consulter le dossier mentionné à l'article R. 441-13.

La décision motivée de la caisse est notifiée, avec mention des voies et délais de recours par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, à la victime ou ses ayants droit, si le caractère professionnel de l'accident, de la maladie professionnelle ou de la rechute n'est pas reconnu, ou à l'employeur dans le cas contraire. Cette décision est également notifiée à la personne à laquelle la décision ne fait pas grief.

Le médecin traitant est informé de cette décision.

Article R441-15

Les prestations des assurances sociales sont servies à titre provisionnel conformément aux dispositions de l'article L. 371-5 tant que la caisse n'a pas notifié la décision à la victime ou à l'employeur et, le cas échéant, tant qu'il n'a pas été statué par la juridiction compétente.

Dans le cas où le caractère professionnel de l'accident, de la lésion ou de la maladie est admis par la caisse, celle-ci met immédiatement en paiement les sommes dues. Eventuellement, dans ce cas ou si le caractère professionnel est reconnu par la juridiction compétente, le montant des prestations provisionnelles reçues par la victime entre en compte dans le montant de celles qui sont dues en application des dispositions du présent livre.

A compter de la réception de la notification prévue au quatrième alinéa de l'article R. 441-14, la victime ne peut plus faire usage de la feuille d'accident. Si cette feuille lui a été délivrée, elle doit la remettre à la caisse en échange d'une feuille de maladie.

Article R441-16

Les dispositions de la présente section sont applicables en ce qui concerne la contestation du caractère professionnel des rechutes.

Article R441-17

Les dispositions du présent chapitre sont applicables aux accidents survenus et aux maladies contractées dans le cadre des périodes accomplies dans la réserve sanitaire conformément à l'article L. 3133-1 du code de la

santé publique. Dans ce cas, les références à " l'employeur " sont remplacées par celles de l'Agence nationale de santé publique.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures - Révision - Rechute - Accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 2 : Expertises - Contrôles - Dispositions diverses

Section 1 : Expertises.

Article R442-1

La caisse peut, dès qu'elle a connaissance de l'accident par la déclaration prévue à l'article L. 441-2 ou par quelque moyen que ce soit, faire procéder à un examen de la victime par un médecin conseil.

S'il y a désaccord entre le médecin conseil et le médecin traitant sur l'état de la victime et notamment sur une question d'ordre médical touchant au caractère professionnel de la lésion ou de la maladie ou si la victime en fait la demande expresse, il est procédé à une expertise dans les conditions fixées par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier.

Section 2 : Contrôle médical et contrôle administratif.

Article R442-2

Indépendamment de l'examen médical prévu à l'article R. 442-1, le contrôle médical de la victime est exercé soit sur la demande de la caisse, soit sur l'initiative du médecin-conseil, dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions qu'en matière d'assurance maladie, sous réserve des dispositions ci-après.

La victime est tenue de présenter à toute réquisition du service de contrôle médical tous certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoires et ordonnances en sa possession, ainsi que la feuille d'accident mentionnée à l'article L. 441-5. La victime doit également faire connaître, le cas échéant, les accidents du travail et les maladies professionnelles antérieurs et, au cas où il s'agit d'une rechute, fournir tous renseignements qui lui sont demandés sur son état de santé antérieur.

Les décisions prises par la caisse primaire à la suite du contrôle médical doivent être immédiatement notifiées par elle à la victime.

Article R442-3

La caisse primaire d'assurance maladie fait procéder au contrôle administratif des victimes d'accidents du travail dans les conditions prévues en application de l'article L. 216-6.

Section 3 : Dispositions diverses

Article R442-4

La décision de la caisse primaire fixant la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure est notifiée à la victime.

Article R442-5

Lorsque les soins sont donnés à la victime hors de la circonscription de la caisse dont elle relève, le service des prestations et le contrôle peuvent être effectués pour le compte de ladite caisse par la caisse dans la circonscription de laquelle sont donnés les soins.

Article R442-6

Le tarif mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 442-8 est celui qui est prévu au deuxième alinéa de l'article R. 141-7.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures - Révision - Rechute - Accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 3 : Révision - Rechute.

Article R443-1

Les délais mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 443-1 sont respectivement de deux ans et un an.

Article R443-2

La caisse primaire qui prend en charge la rechute paie les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques et les frais d'hospitalisation, ainsi que, s'il y a lieu, la fraction d'indemnité journalière qui excède le montant correspondant de la rente maintenue pendant cette période.

Article R443-3

Les dispositions de l'article R. 441-10 sont applicables en ce qui concerne la contestation du caractère professionnel de la rechute alléguée.

Les dispositions de l'article R. 433-17 sont applicables à la fixation de la date de guérison ou de consolidation.

Article R443-4

La demande tendant à une nouvelle fixation des réparations, motivée par une aggravation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est présentée soit au moyen d'une déclaration faite à la caisse primaire d'assurance maladie, soit au moyen d'une lettre recommandée adressée à ladite caisse.

Les justifications nécessaires sont fournies à l'appui de la demande.

L'ayant droit, qui entend bénéficier de la rente prévue à l'article L. 443-1 et se prévaloir à cette fin de la présomption d'imputabilité du décès de la victime à l'accident, doit en faire la demande à la caisse. Cette demande est assortie des justifications établissant qu'il a effectivement apporté à la victime l'assistance qualifiée assistance à tierce personne pendant la durée mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 443-1.

La caisse peut contester cette imputabilité. Dans ce cas, elle doit en informer l'ayant droit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans le délai de vingt jours suivant la date à laquelle lui sont parvenues les justifications utiles. La caisse peut faire procéder aux enquêtes et vérifications qu'elle estime nécessaires.

Si la caisse n'a pas usé de cette faculté, ou si elle n'a pu apporter la preuve contraire, l'imputabilité du décès à l'accident est réputée établie tant à son égard qu'à celui de l'ensemble des ayants droit.

Chaque nouvelle fixation des réparations, motivée par une aggravation ou une atténuation de l'infirmité ou par le décès de la victime, fait l'objet d'une décision de la caisse primaire, après avis de son médecin-conseil dans les conditions fixées à l'article suivant.

Dans tous les cas, les décisions sont prises dans les mêmes conditions que pour la fixation de la rente initiale. Toutefois, lorsqu'il y a réduction du montant de la rente ou suppression de celle-ci, le nouveau montant ou la cessation de paiement ont pour point de départ la première échéance suivant la date de la décision.

Article R443-5

Postérieurement à la date de guérison apparente ou de la consolidation de la blessure, la caisse primaire peut faire procéder par un de ses médecins-conseils à des examens de contrôle de l'état de la victime. Ces examens ont lieu à intervalles de trois mois au cours des deux premières années et d'un an après l'expiration de ce délai.

La victime est informée au moins six jours à l'avance, par lettre recommandée, du jour, de l'heure et du lieu de l'examen de contrôle. Dans le cas où la victime ne peut, en raison de son état, se rendre au lieu indiqué pour cet examen, elle doit en avertir immédiatement la caisse primaire.

Article R443-6

Dans le cas où la victime refuse de se prêter à l'examen de contrôle prévu à l'article R. 443-5, la caisse primaire peut décider la suspension du service de la rente.

Article R443-7

En cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs rentes, attribuées en application du deuxième ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2, la caisse procède au nouveau calcul de la seule rente affectée par l'aggravation ou l'amélioration en retenant toutefois, pour l'application de l'article R. 434-2-1, la somme des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus lors du calcul initial de cette rente.

En cas de modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs indemnités en capital, attribuées en application de l'article L. 434-1 ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2, les dispositions du b de l'article R. 434-1-1 trouvent application lorsque le taux d'incapacité permanente afférent à l'accident ayant entraîné une aggravation de la victime atteint 10 %.

Lorsque la modification de l'état du bénéficiaire de plusieurs indemnités en capital, attribuées en application de l'article L. 434-1 ou du quatrième alinéa de l'article L. 434-2, porte la somme des taux d'incapacité permanente au taux minimum mentionné à l'article R. 434-4, les dispositions de cet article trouvent application.

Lorsque, en cas de modification de l'état du bénéficiaire d'une rente attribuée en application de l'article R. 434-4, la somme des taux d'incapacité permanente visée au premier alinéa de cet article devient inférieure à 10 %, cette rente est remplacée par l'indemnité en capital prévue à l'article R. 434-1-3.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures - Révision - Rechute - Accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 4 : Accidents survenus hors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article R444-1

Dans tous les cas où les accidents du travail auxquels s'applique le présent livre sont survenus hors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1, le délai imparti à l'employeur pour faire la déclaration prévue au premier alinéa de l'article L. 441-2 ne commence à courir que du jour où il a été informé de l'accident par lettre recommandée de la victime ou de son représentant. Si l'employeur n'est pas en mesure d'indiquer la nature des blessures, les noms et adresses des témoins de l'accident, il complète sa déclaration dans le plus bref délai possible par une déclaration complémentaire.

Article R444-2

La caisse primaire d'assurance maladie à laquelle l'employeur doit envoyer la ou les déclarations mentionnées à l'article R. 444-1 ainsi que les certificats médicaux, est dans tous les cas, celle dont relève la victime.

Article R444-3

Dans les cas mentionnés à l'article R. 444-1, la caisse primaire, dès réception de la déclaration principale ou complémentaire, peut, si elle l'estime utile, demander au ministre intéressé que les autorités locales, s'il s'agit d'un territoire français, ou les autorités consulaires françaises, s'il s'agit d'un pays étranger, soient invitées à faire procéder à une enquête sur les circonstances de l'accident et, le cas échéant, à lui transmettre copie des procès-verbaux des enquêtes qui auraient pu être effectuées par les autorités administratives ou judiciaires locales.

La caisse primaire peut, toutes les fois que cela sera nécessaire à l'exercice de son droit de contrôle, inviter la victime, directement ou par l'intermédiaire de l'employeur, à faire viser, selon le cas, soit par les autorités locales, soit par les autorités consulaires françaises, les certificats médicaux relatifs à l'accident.

Article R444-4

La caisse primaire d'assurance maladie peut, en raison de l'éloignement, autoriser l'employeur à faire l'avance pour son compte, par l'entremise d'un service comptable situé au lieu de travail, de l'indemnité journalière due à la victime, et ce, pour une période de quinze jours au plus.

L'employeur qui a fait l'avance est subrogé de plein droit dans les droits de la victime vis-à-vis de la caisse primaire d'assurance maladie.

Article R444-5

Les avances faites pour le paiement des frais afférents aux soins de toute nature tels que fournitures de médicaments, fournitures autres que les médicaments ainsi que les frais d'hospitalisation, sont remboursées par la caisse, sur production des pièces justificatives, éventuellement visées comme il est dit au deuxième alinéa de l'article R. 444-3, dans la limite du tarif qui aurait été appliqué si la victime avait été soignée sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, sans que le remboursement puisse excéder les dépenses réellement engagées.

Toutefois, la limite du tarif applicable sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 peut être dépassée lorsque les conditions suivantes se trouvent réunies :

1°) les soins présentent un caractère d'urgence ne permettant pas de les différer jusqu'au retour de l'intéressé sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ;

2°) les soins sont donnés dans des conditions comparables tant à celles qui seraient appliquées sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 en matière d'assurance maladie, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale, qu'à celles qui s'appliquent dans le pays considéré, aux victimes d'accidents du travail.

Pour l'appréciation de ces deux conditions et la détermination du tarif applicable, la caisse peut demander leur concours :

1°) s'il s'agit d'un territoire français, aux autorités locales ;

2°) s'il s'agit d'un pays étranger, soit aux organismes centraux de sécurité sociale du pays dans les conditions prévues par la convention intervenue entre ce pays et la France en matière de sécurité sociale, soit, à défaut d'une telle convention, aux autorités consulaires françaises. Lorsqu'il existe, dans le pays considéré, une

législation de réparation des accidents du travail, les frais ne peuvent excéder le tarif applicable aux victimes d'accidents du travail dans ce pays.

Article R444-6

En cas de contestation portant sur le règlement d'un accident du travail survenu hors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1, le tribunal des affaires de sécurité sociale compétent est celui dans le ressort duquel se trouve le lieu de domicile de la victime.

Article R444-7

Sont pris en charge dans les conditions prévues par le présent chapitre les accidents du travail survenus aux personnes mentionnées aux a, b, c et f du 2° de l'article L. 412-8 pendant un délai de douze mois à compter du début du stage.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 2 : Faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur.

Article R452-2

Lorsqu'une indemnité en capital attribuée en application de l'article L. 434-1 a été remplacée par une rente, dans les conditions de l'article R. 434-4, le montant de la majoration due en cas de faute inexcusable de l'employeur est calculé conformément au deuxième alinéa de l'article L. 452-2.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 4 : Faute d'un tiers.

Article R454-1

Les dépenses à rembourser aux caisses d'assurance maladie en application de l'article L. 454-1 peuvent faire l'objet d'une évaluation forfaitaire dans les conditions prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

La caisse qui a engagé l'action en remboursement par application de l'article L. 454-1 poursuit jusqu'à son terme l'action engagée.

Article R454-2

L'assignation délivrée par la victime ou ses ayants droit à sa caisse primaire d'assurance maladie aux fins de déclaration de jugement commun, en application de l'article L. 455-2, mentionne, outre la dénomination et l'adresse de cette caisse primaire d'assurance maladie, le numéro de sécurité sociale de la victime.

Article R454-3

Devant les juridictions civiles, le greffe du tribunal informe la caisse primaire d'assurance maladie de la victime de la date de l'audience, dès que celle-ci est fixée.

Article R454-4

I. # Lorsque le directeur de la caisse d'assurance maladie entend faire application des dispositions de l'article L. 454-2 à l'encontre d'un organisme d'assurance qui a manqué à l'une des obligations d'information mentionnées par cet article, il le lui notifie par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Cette notification précise, d'une part, les date et lieu de l'accident, les nom, prénom et adresse de l'assuré social victime ainsi que les nom, prénom et adresse du ou des tiers responsables identifiés, d'autre part, les faits reprochés et le montant de la pénalité envisagée.

L'organisme d'assurance dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, s'il le souhaite, et pour présenter des observations écrites.

II. # Si, après réception des observations écrites ou audition de l'organisme d'assurance ou en l'absence de réponse de celui-ci à l'expiration du délai mentionné au I, le directeur décide de poursuivre la procédure, il fixe le montant de la pénalité et le notifie dans un délai d'un mois à l'organisme d'assurance par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Cette notification précise les faits retenus et le motif qui, le cas échéant, a conduit au rejet total ou partiel des observations présentées et mentionne l'existence d'un délai de deux mois à partir de sa réception imparti à l'organisme d'assurance pour s'acquitter des sommes réclamées ainsi que les voies et délais de recours.

III. # A défaut de paiement à l'expiration du délai de forclusion prévu au deuxième alinéa de l'article R. 142-1 ou après notification de la décision de la commission de recours amiable instituée à ce même article, le directeur de la caisse d'assurance maladie compétent adresse à l'organisme d'assurance une mise en demeure par tout moyen permettant de déterminer sa date de réception. Elle comporte les mêmes mentions que la notification de la pénalité ainsi que l'existence d'un nouveau délai d'un mois imparti, à compter de sa réception, pour acquitter les sommes réclamées. Elle mentionne, en outre, l'existence et le montant de la majoration de 10 % prévue au septième alinéa du IV de l'article L. 114-17-1 et appliquée en l'absence de paiement dans ce délai.

Les dispositions du III de l'article R. 133-9-1 sont applicables pour le recouvrement des pénalités non acquittées mentionnées à l'article L. 454-2.

Article R454-5

Le montant de la pénalité est fixé dans la limite de :

1° 4 000 € et 50 % des sommes obtenues par l'organisme de sécurité sociale à la date de la notification mentionnée au premier alinéa du I lorsque celles-ci sont inférieures à 10 000 € ;

2° 15 000 € et 40 % de ces sommes lorsqu'elles sont supérieures ou égales à 10 000 € et inférieures à 50 000 € ;

3° 20 000 € et 30 % de ces sommes lorsqu'elles sont supérieures ou égales à 50 000 € et inférieures à 100 000 € ;

4° 20 % de ces sommes lorsqu'elles sont supérieures ou égales à 100 000 €.

Toutefois, le montant de la pénalité peut être fixé à un montant supérieur, dans la limite de 50 % des sommes versées, si le directeur de l'organisme de sécurité sociale a déjà prononcé une pénalité à l'encontre de l'organisme d'assurance dans les trois ans qui précèdent la date de la notification prévue au premier alinéa du I.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 6 : Dispositions concernant les maladies professionnelles

Article R461-1

Les dispositions du présent livre sont applicables aux maladies d'origine professionnelle sous réserve des dispositions du présent titre.

Article R461-2

Les ministres intéressés mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 461-2 sont le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du travail et le ministre chargé de la santé.

Article R461-3

Dans le cas prévu aux troisième et quatrième phrases du quatrième alinéa de l'article L. 461-2, il est fait application des dispositions de l'article R. 413-1.

Les tableaux prévus au même article sont annexés au présent livre (annexe II).

Article R461-4

La déclaration imposée par application de l'article L. 461-4 à tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles mentionnées à l'article L. 461-2 est faite avant le commencement des travaux par lettre recommandée adressée d'une part en double exemplaire à la caisse primaire d'assurance maladie, d'autre part à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

La caisse primaire transmet à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail l'un des deux exemplaires qu'elle reçoit.

Article R461-5

Le délai prévu au premier alinéa de l'article L. 461-5 est de quinze jours à compter de la cessation du travail.

Celui mentionné au deuxième alinéa du même article est fixé à trois mois.

Article R461-6

L'attestation mentionnée à l'article R. 441-4 est remise par l'employeur à la victime, qui l'annexe à sa déclaration.

La feuille d'accident est remise à la victime ou à ses représentants par la caisse primaire d'assurance maladie.

Le certificat médical constatant la guérison ou la consolidation de l'état du malade ou indiquant les conséquences définitives est, comme le certificat initial, établi en trois exemplaires, qui reçoivent les mêmes destinations.

Article R461-7

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 434-29, dans le cas où, au moment de l'arrêt de travail, la victime occupait un nouvel emploi ne l'exposant pas au risque de la maladie constatée et dans lequel elle percevait un salaire inférieur à celui qu'elle aurait perçu si elle n'avait pas quitté l'emploi qui l'exposait au risque, ce dernier salaire est substitué au salaire réellement touché.

Ce même salaire fictif est pris en considération dans le cas où, à la date de la première constatation médicale de la maladie, dans le délai de prise en charge mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 461-2, la victime n'exerçait plus aucune activité salariée ou assimilée.

Article R461-8

Le taux d'incapacité mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 461-1 est fixé à 25 %.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 7 : Sanctions

Article R471-1

Toute infraction aux dispositions générales de prévention étendues à l'ensemble du territoire en application du premier alinéa de l'article L. 422-1 est punie d'une amende prévue pour les contraventions de 5e classe.

L'amende est appliquée autant de fois qu'il y a de salariés de l'entreprise concernés par la ou les infractions relevées dans le procès-verbal.

En cas de récidive, il pourra être prononcé l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe.

Article R471-2

L'article R. 471-1 n'est applicable qu'aux infractions aux dispositions générales et aux mesures particulières de prévention étendues ou rendues obligatoires postérieurement au 31 décembre 1978.

Article R471-3

Sont punis d'une amende prévue pour les contraventions de 4e classe, les employeurs ou leurs préposés qui ont contrevenu aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 441-2 et du premier alinéa de l'article L. 441-5.

En cas de récidive dans l'année, l'amende peut être portée au montant de celle prévue pour les contraventions de 5e classe.

Encourent les mêmes sanctions, les employeurs ou leurs préposés qui n'ont pas inscrit sur le registre ouvert à cet effet les accidents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 441-4 ou ont contrevenu aux dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas du même article.

Article R471-4

Toute infraction aux dispositions de l'article R. 412-2 constitue une contravention de 4e classe. En cas de récidive, toute infraction à ces dispositions constitue une contravention de 5e classe.

Article R471-5

Sont punis d'une amende prévue pour les contraventions de la 3e classe, les employeurs qui ont contrevenu aux dispositions de l'article L. 461-4.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 8 : Dispositions communes avec d'autres branches - Dispositions diverses et d'application

Chapitre 1er : Dispositions communes aux assurances sociales et aux accidents du travail

Section 1 : Prise en charge des frais de préorientation, d'éducation ou de rééducation professionnelle des travailleurs handicapés et des victimes d'accidents du travail

Article R481-1

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 162-22, l'agrément donné, conformément à l'article R. 323-41-1 du code du travail, à un centre de préorientation, d'éducation ou de rééducation professionnelle vaut, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, par application de l'article L. 162-21.

Article R481-2

Les frais pris en charge par les organismes d'assurance maladie à l'occasion du séjour d'un travailleur handicapé dans un centre mentionné à l'article R. 481-1 et agréé conformément à l'article R. 323-41-1 du code du travail comprennent les frais de toute nature entraînés par le stage de préorientation, d'éducation ou de rééducation professionnelle, y compris, le cas échéant, les frais d'entretien et d'hébergement ainsi que les frais de transport dans les conditions fixées à l'article R. 481-3 sous réserve des participations prévues aux articles R. 481-5 et R. 481-6.

Article R481-3

Lorsqu'un stagiaire ne peut prétendre au bénéfice des articles R. 963-1 et R. 963-2 du code du travail, ses frais de transport sont à la charge des organismes d'assurance maladie dans les limites et selon les modalités fixées par ces articles.

En outre, lorsque le stagiaire est interne et que la distance à parcourir est inférieure à 25 kilomètres, les frais de transport sont remboursés par les organismes d'assurance maladie, sur la base du mode de transport le plus économique compte tenu de l'état de l'intéressé, dans les limites et selon les modalités fixées par les articles R. 963-1 et R. 963-2 pour les trajets de plus de 25 kilomètres.

Article R481-4

La tarification des prestations supportées par les organismes d'assurance maladie et délivrées par les centres de préorientation définis à l'article R. 5213-2 du code du travail et par les centres d'éducation ou de rééducation professionnelle définis aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 5213-9 du même code est fixée par le préfet de département après avis de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail selon les modalités fixées par l'article R. 314-105 du code de l'action sociale et des familles.

Article R481-5

1° Les personnes admises dans les établissements visés aux articles R. 323-33-1 et R. 323-34 (1°, 2° et 3°) du code du travail, à l'exclusion de celles visées à l'article L. 432-9, doivent acquitter une participation aux prix des repas qu'elles prennent dans l'établissement.

Cette participation est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale et de la sécurité sociale.

Son produit est à considérer comme une recette venant en atténuation des charges brutes du budget de l'établissement.

2° La participation aux frais de repas peut être prise en charge au titre de l'aide sociale.

Article R481-6

Par application du 1° de l'article L. 160-14, la participation prévue à l'article L. 160-13 est limitée à la somme de 91,47 euros par stage. Cette somme est calculée en tenant compte de la participation prévue à l'article R. 481-5.

Les bénéficiaires de l'article L. 432-9 sont dispensés de toute participation.

Article R481-7

Le supplément d'indemnité prévu au deuxième alinéa de l'article L. 432-9 est pris en charge au titre de la législation sur les accidents du travail du régime général.

Ce supplément est maintenu dans les conditions ci-après, sous réserve des dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article R. 412-7, en cas d'interruption involontaire de la rééducation par suite de congés réguliers prévus par le règlement de l'établissement et comportant ou non fermeture de celui-ci ou en conséquence de la maladie ou de l'accident du stagiaire. Les indemnités journalières allouées à ce dernier, au titre de l'assurance maladie, s'imputent sur le montant du supplément d'indemnité.

En cas d'interruption par suite d'accident ou de maladie, le maintien du supplément d'indemnité est accordé pour une durée maximale d'un mois, par décision expresse de l'organisme d'assurance maladie qui supporte les frais de rééducation.

Toute interruption de la rééducation professionnelle doit être signalée dans les vingt-quatre heures par le chef d'établissement à l'organisme d'assurance maladie.

Le supplément d'indemnité est payé au vu de la déclaration établie par le stagiaire qu'il n'a pas exercé, durant la période d'interruption du stage, d'activité rémunérée.

Sans préjudice des pénalités prévues à l'article L. 471-3 et des peines plus élevées résultant d'autres lois s'il y échet, l'intéressé est tenu au remboursement des sommes qu'il aurait indûment perçues à la suite de toute déclaration inexacte ou incomplète.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 8 : Dispositions communes avec d'autres branches - Dispositions diverses et d'application

Chapitre 2 : Dispositions diverses et d'application.

Article R482-1

L'âge limite jusqu'auquel l'enfant placé en apprentissage peut bénéficier de la rente d'orphelin mentionnée à l'article L. 482-1 est fixé à dix-huit ans.

L'âge limite jusqu'auquel l'enfant qui poursuit ses études ou qui est, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié, est fixé à vingt ans.

Article R482-2

L'arrêté mentionné à l'article L. 482-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et le ministre chargé du budget.

Article R482-3

Le décret prévu à l'article L. 482-5 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et des ministres intéressés.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 2 : Champ d'application.

Article R512-1

Pour l'application de l'article L. 512-1, la résidence en France d'une personne assumant la charge d'un ou plusieurs enfants est appréciée dans les conditions fixées à l'article R. 111-2.

Pour l'application de l'article L. 512-1, est considéré comme résidant en France tout enfant qui vit de façon permanente en France métropolitaine.

Est également réputé résider en France l'enfant qui, tout en conservant ses attaches familiales sur le territoire métropolitain où il vivait jusque-là de façon permanente, accomplit, hors de ce territoire :

1°) soit un ou plusieurs séjours provisoires dont la durée n'excède pas trois mois au cours de l'année civile ;

2°) soit un séjour de plus longue durée lorsqu'il est justifié, dans les conditions prévues par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'éducation nationale et du ministre chargé des universités, que le séjour est nécessaire pour lui permettre soit de poursuivre ses études, soit d'apprendre une langue étrangère, soit de parfaire sa formation professionnelle ;

3°) soit un ou plusieurs séjours de durée au plus égale à celle de l'année scolaire lorsqu'il est établi, dans les conditions prévues à l'arrêté mentionné au 2° ci-dessus, que la famille a sa résidence principale en France dans une zone frontalière, que l'enfant fréquente dans le pays voisin à proximité de la frontière un établissement de soins ou un établissement d'enseignement et qu'il rejoint sa famille à intervalles rapprochés.

Les organismes débiteurs de prestations familiales organisent périodiquement le contrôle de l'effectivité de la résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, opéré par rapprochement avec les vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.

Article R512-2

Les enfants ouvrent droit aux prestations familiales jusqu'à l'âge de vingt ans sous réserve que leur rémunération n'excède pas le plafond fixé au deuxième alinéa du présent article.

Le plafond de rémunération mentionné au 2° de l'article L. 512-3 est égal, pour un mois, à 55 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance défini aux articles L. 141-1 à L. 141-9 du code du travail, multiplié par 169.

Pour ceux des enfants qui bénéficient d'avantages en nature, l'évaluation de ces avantages devra être faite suivant les barèmes fixés pour l'application de la législation sur les assurances sociales.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 3 : Règles d'allocation et d'attribution des prestations.

Article R513-1

La personne physique à qui est reconnu le droit aux prestations familiales a la qualité d'allocataire. Sous réserve des dispositions de l'article R. 521-2, ce droit n'est reconnu qu'à une personne au titre d'un même enfant.

Lorsque les deux membres d'un couple assument à leur foyer la charge effective et permanente de l'enfant, l'allocataire est celui d'entre eux qu'ils désignent d'un commun accord. Ce droit d'option peut être exercé à tout moment. L'option ne peut être remise en cause qu'au bout d'un an, sauf changement de situation. Si ce droit d'option n'est pas exercé, l'allocataire est l'épouse ou la concubine.

En cas de divorce, de séparation de droit ou de fait des époux ou de cessation de la vie commune des concubins, et si l'un et l'autre ont la charge effective et permanente de l'enfant, l'allocataire est celui des membres du couple au foyer duquel vit l'enfant.

Article R513-2

L'attributaire des prestations familiales est la personne entre les mains de laquelle sont versées les prestations. L'attributaire est soit l'allocataire, soit son conjoint ou son concubin. Toutefois, les conseils d'administration des caisses d'allocations familiales et des autres organismes débiteurs peuvent décider dans certains cas et après enquête sociale de verser les prestations familiales à la personne qui assure l'entretien de l'enfant.

Sans préjudice de l'article L. 552-6, lorsqu'une personne est déchue totalement ou partiellement de l'autorité parentale ou qu'elle a encouru soit une condamnation pénale en application de la loi sur les enfants maltraités ou moralement abandonnés, soit une condamnation pour ivresse, ou lorsque le versement des prestations familiales entre ses mains risque de priver l'enfant du bénéfice de ces prestations, celles-ci sont attribuées à l'autre conjoint ou concubin.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 4 : Organisme débiteur et imputation comptable des prestations.

Article R514-1

Le service des prestations familiales incombe à la caisse d'allocations familiales du lieu de résidence habituel de la famille de l'allocataire, sous réserve des dérogations suivantes :

1°) en ce qui concerne les personnes soumises aux dispositions relatives aux professions agricoles, le service des prestations familiales incombe à la caisse de mutualité sociale agricole du lieu de résidence habituelle de la famille de l'allocataire. Il en va de même des conjoints ou concubins de ces personnes s'ils sont allocataires et n'exercent pas d'activité professionnelle ;

2°) lorsque les allocataires sont des victimes de guerre ou des ayants cause de victimes de guerre au sens du premier alinéa de l'article L. 20 et du premier alinéa de l'article L. 54 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, les prestations familiales leur sont servies par l'Etat ;

3°) lorsque les allocataires font partie des catégories de personnes en activité ou en retraite mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 212-1 les prestations familiales leur sont servies par les organismes déterminés par ces dispositions.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de l'agriculture selon le cas peut apporter à la règle de rattachement de l'allocataire à l'organisme débiteur du lieu de résidence habituelle de sa famille des dérogations motivées soit par la nature de l'activité professionnelle de l'allocataire ou de son conjoint ou concubin, soit par les conditions d'exercice de cette activité, soit par la dispersion de la famille, soit par la fréquence de ses déplacements.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 1er : Allocations familiales.

Article R521-1

L'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 521-3 à partir duquel les enfants ouvrent droit à la majoration des allocations familiales est fixé à 14 ans.

Le nombre minimum d'enfants à charge, mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 521-3 ouvrant droit à ladite majoration pour chaque enfant est fixé à trois.

Article R521-2

Dans les situations visées au deuxième alinéa de l'article L. 521-2, l'allocataire est celui des deux parents qu'ils désignent d'un commun accord. A défaut d'accord sur la désignation d'un allocataire unique, chacun des deux parents peut se voir reconnaître la qualité d'allocataire :

1° Lorsque les deux parents en ont fait la demande conjointe ;

2° Lorsque les deux parents n'ont ni désigné un allocataire unique, ni fait une demande conjointe de partage.

Lorsque les parents ont désigné un allocataire unique ou fait une demande conjointe de partage, ils ne peuvent remettre en cause les modalités ainsi choisies qu'au bout d'un an, sauf modification des modalités de résidence du ou des enfants.

Article R521-3

Sous réserve de l'article R. 521-4, dans les situations visées aux 1° et 2° de l'article R. 521-2, la prestation due à chacun des parents est égale au montant des allocations familiales dues pour le total des enfants à charge, multiplié par un coefficient résultant du rapport entre le nombre moyen d'enfants et le nombre total d'enfants.

Le nombre moyen d'enfants, pour chaque foyer, est obtenu en faisant la somme du nombre d'enfants à charge dans les conditions suivantes :

1° Chaque enfant en résidence alternée compte pour 0,5 ;

2° Les autres enfants à charge comptent pour 1.

Le nombre total d'enfants, pour chaque foyer, est obtenu en faisant la somme du ou des enfants en résidence alternée et, le cas échéant, du ou des autres enfants à charge.

Article R521-4

Pour l'ouverture du droit à la majoration prévue à l'article L. 521-3, le nombre d'enfants à charge est évalué dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article R. 521-3.

Lorsque le ou les enfants ouvrant droit à ladite majoration sont en résidence alternée, le montant servi au titre de cette majoration est réduit de moitié.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 2 : Complément familial.

Article R522-1

Pour l'attribution du complément familial prévu à l'article L. 522-1 le ménage ou la personne doit assumer la charge d'au moins trois enfants, âgés de trois ans et plus.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article R. 512-2, les enfants ouvrent droit au complément familial jusqu'à l'âge de vingt et un ans sous réserve que leur rémunération n'excède pas le plafond fixé au deuxième alinéa de l'article R. 512-2.

Article R522-2

Pour l'attribution du complément familial prévu à l'article L. 522-1, le montant des ressources du ménage ou de la personne assumant la charge des enfants, apprécié dans les conditions prévues à l'article R. 532-1, ne doit pas dépasser un plafond annuel.

Ce plafond est majoré de 25 % par enfant à charge à partir du premier et de 30 % par enfant à charge à partir du troisième.

Il est également majoré lorsque les deux membres du couple ont retiré chacun de leur activité professionnelle pendant l'année de référence un revenu au moins égal à 13,6 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de la même année. Sont pris en compte les revenus d'origine professionnelle compris dans les ressources définies à l'article R. 532-3. Le plafond de ressources de la personne assumant seule la charge des enfants est majoré d'un montant identique.

Le montant du plafond de ressources et celui de la majoration prévus aux premier et troisième alinéas sont fixés par décret et revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R522-3

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 522-2, un complément différentiel est versé aux ménages ou personnes dont les ressources annuelles, calculées dans les conditions fixées à l'article R. 522-2, dépassent

le plafond de ressources défini à l'article R. 522-2 d'une somme inférieure à douze fois le montant mensuel du complément familial en vigueur.

Ce complément différentiel est égal, pour chaque mois, au douzième de la différence entre, d'une part, le plafond de ressources défini à l'article R. 522-2 majoré de la somme définie au premier alinéa du présent article et, d'autre part, le montant des ressources.

Article R522-4

Pour l'attribution du montant majoré du complément familial prévu à l'article L. 522-3, le montant des ressources du ménage ou de la personne assumant la charge des enfants, apprécié dans les conditions prévues à l'article R. 532-1, ne doit pas dépasser un plafond égal à la moitié du montant du plafond annuel mentionné au premier alinéa de l'article R. 522-2.

Ce plafond est majoré selon les modalités définies aux deuxième et troisième alinéas de l'article R. 522-2.

Le montant du plafond de ressources résultant du premier alinéa et le montant de sa majoration déterminé en application du premier alinéa de l'article L. 522-3 sont fixés par décret et revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 3 : Allocation de soutien familial.

Article R523-1

Est regardé comme remplissant les conditions fixées au 3° de l'article L. 523-1 tout enfant dont, depuis au moins deux mois, l'un des parents se soustrait ou se trouve hors d'état de faire face à son obligation d'entretien ou au versement de la pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice.

Toutefois, les conditions fixées au 3° de l'article L. 523-1 sont regardées comme remplies immédiatement lorsque, moins d'un an après qu'il a repris ses paiements entre les mains du créancier d'aliments ou de l'organisme débiteur de prestations familiales, l'un des parents se soustrait ou se trouve hors d'état de faire face à son obligation d'entretien ou au versement de la pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice.

Article R523-2

L'allocation de soutien familial fait l'objet d'une demande adressée à l'organisme ou service compétent pour le versement des prestations familiales au requérant. Cette demande, dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, doit être accompagnée des justifications nécessaires à l'établissement du droit à la prestation.

Article R523-3

Lorsque l'un des parents manque à son obligation d'entretien, l'organisme débiteur des prestations familiales procède au contrôle de la situation du parent débiteur.

Le contrôle a pour objet de vérifier que le parent débiteur est solvable et a un domicile connu. Si l'une ou l'autre de ces conditions n'est pas remplie, il est alors regardé par l'organisme comme étant hors d'état de faire face à son obligation d'entretien. Le versement de l'allocation de soutien familial à l'autre parent se poursuit alors au-delà de la quatrième mensualité.

Si, en revanche, le parent débiteur remplit les conditions de solvabilité et de domicile mentionnées à l'alinéa précédent, les mensualités suivant celle du quatrième mois ne sont versées au parent qui pourvoit à l'entretien

de l'enfant par l'organisme débiteur que si une décision de justice devenue exécutoire a fixé en faveur de ce parent le montant de l'obligation d'entretien, ou si ce dernier a engagé une action en justice à l'encontre du parent défaillant en vue de la fixation de cette obligation.

Article R523-3-1

Si, à l'issue de ce contrôle, les informations sur le domicile du débiteur ne peuvent pas être obtenues, cette situation fait l'objet d'un signalement par l'organisme débiteur auprès des autres organismes de sécurité sociale dans le cadre de la communication des informations prévue par les dispositions de l'article L. 114-12.

Article R523-4

En cas de décès du parent survivant, l'allocation reste due de son chef jusqu'au dernier jour du mois du décès.

Article R523-5

Dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article L. 523-2, l'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois au cours duquel le parent de l'enfant se marie ou vit maritalement. Le versement de l'allocation peut être repris si le parent justifie vivre seul à nouveau de façon permanente, à compter du premier jour du mois civil suivant cette justification.

Article R523-6

L'allocation différentielle de soutien familial mentionnée à l'article L. 581-2 est due au titre de chaque mois. Elle est versée trimestriellement.

Article R523-7

Les taux servant au calcul de l'allocation de soutien familial sont fixés, en pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales déterminée en application de l'article L. 551-1 à :

- 1°) 34,5 % pour l'enfant mentionné au 1° de l'article L. 523-3 ;
- 2°) 25,89 % pour l'enfant mentionné au 2° de l'article L. 523-3.

Article R523-8

Les sommes récupérées par l'organisme débiteur de prestations familiales, en vertu de la subrogation prévue à l'article L. 581-2, viennent en atténuation des dépenses constatées au titre des allocations de soutien familial.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 3 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Chapitre 1 : Dispositions générales.

Article R531-1

Pour l'attribution de la prime à la naissance ou à l'adoption prévue à l'article L. 531-2 et de l'allocation de base mentionnée à l'article L. 531-3, le montant des ressources du ménage ou de la personne, apprécié dans les conditions prévues à l'article R. 532-1, ne doit pas dépasser un plafond annuel.

Ce plafond est majoré de 22 % par enfant à charge.

Il est également majoré lorsque les deux membres du couple ont retiré chacun de leur activité professionnelle pendant l'année de référence un revenu au moins égal à 13,6 % du plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de la même année. Sont pris en compte les revenus d'origine professionnelle compris dans les ressources définies à l'article R. 532-3. Le plafond de ressources de la personne assumant seule la charge des enfants est majoré d'un montant identique.

Le plafond de ressources et la majoration prévus aux premier et troisième alinéas sont revalorisés au 1er janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'allocation de base est attribuée à taux plein lorsque le montant des ressources du ménage ou de la personne ne dépasse pas un plafond, inférieur à celui mentionné au premier alinéa, et majoré dans les conditions définies aux deuxième et troisième alinéas. L'allocation de base est attribuée à taux partiel dans les autres cas.

Pour l'ouverture des droits à la prime à la naissance ou à l'adoption, la situation de la famille est appréciée le premier jour du mois civil suivant le cinquième mois de la grossesse. Pour les enfants adoptés ou confiés en vue d'adoption, cette condition est appréciée le premier jour du mois de l'arrivée de l'enfant au foyer des adoptants.

Article R531-2

L'activité professionnelle mentionnée au III de l'article L. 531-4 pouvant ouvrir droit à la prestation partagée d'éducation de l'enfant doit avoir été exercée pendant une période de référence égale :

1° Aux deux ans qui précèdent la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant, lorsque est assumée la charge d'un seul enfant ;

2° Aux quatre ans qui précèdent soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant portant à deux le nombre d'enfants à charge, soit la demande de cette prestation au titre du deuxième enfant à charge si elle est postérieure ;

3° Aux cinq ans qui précèdent soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant au titre duquel la prestation est demandée, soit la demande de cette prestation si elle est postérieure, lorsque est assumée la charge de trois enfants et plus.

Cette activité professionnelle doit être d'au moins huit trimestres, appréciés selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article R. 351-9 ou ayant donné lieu à affiliation au régime de l'assurance vieillesse des personnes non salariées.

Lorsqu'un décès a pour effet de réduire le nombre d'enfants à charge, le droit à la prestation est maintenu jusqu'à son terme, sans que la condition relative à l'activité professionnelle soit à réexaminer, sous réserve que les autres conditions d'ouverture du droit soient remplies.

Article R531-3

La condition relative à la quotité de travail à temps partiel est appréciée le premier mois de la période de l'ouverture du droit ou du renouvellement du droit.

Article R531-4

Lorsque le bénéficiaire d'une prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein reprend une activité ou une formation rémunérée à temps partiel, la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel l'activité à temps partiel a été reprise ou la formation professionnelle commencée.

La durée minimale d'attribution d'une prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel à un même taux est fixée à six mensualités. Toutefois, en cas de cessation de l'activité professionnelle ou de la formation rémunérée à temps partiel, la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein est attribuée à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenue la cessation de l'activité ou de la formation.

Article R531-5

La condition d'activité professionnelle prévue au cinquième alinéa de l'article L. 531-5 est appréciée, à l'ouverture du droit, le mois précédant celle-ci ou, si les conditions ne sont pas remplies au cours de ce mois, le mois d'ouverture du droit.

Article R531-6

Les dispositions du dernier alinéa du I de l'article L. 531-5 sont applicables aux personnes bénéficiaires du revenu de solidarité active qui :

1° Sont titulaires d'un contrat de travail ;

2° Sont titulaires de l'un des contrats mentionnés aux articles L. 262-35 ou L. 262-36 du code de l'action sociale et des familles ou du projet personnalisé d'accès à l'emploi mentionné à l'article L. 5411-6-1 du code du travail ;

3° Sont inscrites comme demandeur d'emploi auprès de Pôle emploi ;

4° Suivent une formation professionnelle prévue au livre IX du code du travail.

Lorsque le droit au complément de libre choix du mode de garde est ouvert en application des sixième à neuvième alinéas du I de l'article L. 531-5, les conditions prévues par ces alinéas sont présumées remplies pour une période de douze mois à compter de l'ouverture du droit. Elles sont appréciées, à l'ouverture du droit et à son renouvellement, le mois précédant l'ouverture ou le renouvellement du droit ou, si les conditions ne sont pas remplies au cours de ce mois, le mois d'ouverture ou de renouvellement du droit.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 3 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Chapitre 2 : Dispositions relatives aux ressources.

Article R532-1

Pour l'ouverture du droit à la prime et à l'allocation prévues aux articles L. 531-2 et L. 531-3, la condition de ressources est appréciée pour chaque période de douze mois débutant le 1er janvier, en fonction des revenus de l'année civile de référence tels que définis aux articles R. 532-3 à R. 532-8.

Toutefois, en cas de modification de la situation de famille en cours de période de paiement, cette condition est appréciée au premier jour du mois civil au cours duquel est intervenue la modification s'il y a diminution du nombre des enfants à charge, au premier jour du mois civil suivant si ce nombre a augmenté.

Article R532-2

Il est procédé, dans les conditions prévues à l'article R. 532-1, à une appréciation spécifique des ressources perçues au cours de l'année civile de référence en cas de modification de la situation familiale ou professionnelle pendant la période de paiement, due notamment au chômage, à l'invalidité, à l'admission à la retraite ou à l'exercice d'une première activité professionnelle en France.

Article R532-3

Les ressources retenues sont celles perçues pendant l'année civile de référence. L'année civile de référence est l'avant-dernière année précédant la période de paiement.

Sous réserve des dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-8 et des alinéas suivants du présent article, les ressources prises en considération s'entendent du total des revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu d'après le barème des revenus taxés à un taux proportionnel ou soumis à un prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu, ainsi que les revenus perçus hors de France ou versés par une organisation internationale, à l'exclusion des revenus des enfants ayant fait l'objet d'une imposition commune et après :

- a) La déduction au titre des créances alimentaires mentionnée au 2° du II de l'article 156 du code général des impôts et majorées dans les conditions prévues au 7 de l'article 158 du code général des impôts ;
- b) L'abattement mentionné à l'article 157 bis du code général des impôts en faveur des personnes âgées ou invalides.

Sont également prises en considération :

1° Après application de la déduction correspondant à celle visée au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts, l'indemnité journalière mentionnée au 2° de l'article L. 431-1 ;

2° Les rémunérations mentionnées à l'article 81 quater du code général des impôts ;

Sont exclus du décompte des ressources les arrérages des rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée et mentionnées à l'article 199 septies (2°) du code général des impôts.

Il est fait abstraction des déductions opérées en vertu de l'article 156-I du code général des impôts au titre des reports des déficits constatés au cours d'une année antérieure à celle qui est prise en considération.

Lorsque les ressources de l'année de référence de l'allocataire ou de son conjoint ou concubin ne proviennent pas d'une activité salariée et que ces ressources ne sont pas connues au moment de la demande ou du réexamen des droits, il est tenu compte des dernières ressources connues et déterminées dans les conditions prévues aux alinéas précédents. Ces ressources sont revalorisées par application du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages pour l'année civile de référence figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances.

En cas de concubinage, il est tenu compte du total des ressources perçues par chacun des concubins durant l'année de référence ; ces ressources sont déterminées dans les conditions prévues aux alinéas précédents.

Article R532-4

Il n'est pas tenu compte des revenus d'activité professionnelle ni des indemnités de chômage perçus pendant l'année civile de référence par le conjoint ou concubin :

1°) soit cessant toute activité professionnelle pour se consacrer à un enfant de moins de trois ans ou à plusieurs enfants ;

2°) soit détenu, à moins que l'intéressé ne soit placé sous le régime de semi-liberté.

En cas de décès de l'un des conjoints ou concubins, il n'est pas tenu compte des ressources perçues par lui avant le décès.

En cas de divorce, de séparation légale ou de fait ou de cessation de la vie commune des concubins, il n'est tenu compte que des ressources perçues au cours de l'année civile de référence par le conjoint ou concubin conservant la charge du ou des enfants ; ces ressources sont déterminées dans les conditions prévues à l'article R. 532-3.

Les dispositions du présent article sont applicables à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel intervient le changement de situation et jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel prend fin la situation considérée.

Article R532-5

Lorsque la personne ou l'un des conjoints ou concubins cesse toute activité professionnelle et est admis au bénéfice d'une pension de retraite ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ou se voit reconnaître un droit à prestation en application des dispositions du titre II du livre VIII du présent code, il est procédé, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu le changement de situation, à un abattement de 30 % sur les revenus d'activité professionnelle et les indemnités de chômage perçus par l'intéressé au cours de l'année civile de référence.

Cette mesure est applicable jusqu'à la fin de la période de paiement en cours et, éventuellement, jusqu'à la fin de la période suivante si le changement de situation se situe au cours du second semestre d'une période.

Article R532-6

Lorsque la personne ou l'un des conjoints ou concubins justifie d'une interruption de travail supérieure à six mois dans les conditions mentionnées à l'article R. 324-1 du code de la sécurité sociale, il est procédé, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu le changement de situation, à un abattement de 30 % sur les revenus d'activité professionnelle et les indemnités de chômage perçus par l'intéressé au cours de l'année civile de référence.

Cette mesure est applicable jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel la situation considérée prend fin.

Article R532-7

Lorsque, depuis deux mois consécutifs, la personne ou l'un des conjoints ou concubins se trouve en chômage total et perçoit l'allocation d'assurance prévue à l'article L. 5422-1 du code du travail ou se trouve en chômage partiel et perçoit l'allocation spécifique prévue à l'article L. 5122-1 du code du travail, les revenus d'activité professionnelle perçus par l'intéressé pendant l'année civile de référence sont, affectés d'un abattement de 30 %.

La rémunération perçue par les personnes relevant des conventions conclues en application de l'article L. 1233-68 du code du travail est assimilée, pendant la durée de la formation et pour l'application des dispositions de l'alinéa précédent, à l'allocation de chômage à laquelle elle s'est substituée lors de l'entrée en formation.

Cette mesure s'applique à compter du premier jour du deuxième mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu le changement de situation et jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'intéressé reprend une activité professionnelle lui faisant perdre le bénéfice des allocations ou rémunération prévues aux alinéas précédents.

Lorsque la personne ou l'un des conjoints ou concubins, en chômage total depuis au moins deux mois consécutifs, ne bénéficie pas ou ne bénéficie plus d'une indemnisation dans les conditions fixées au premier alinéa ci-dessus, ou si l'indemnisation a atteint le montant minimum prévu par l'accord mentionné à l'article L. 5422-20 du code du travail, après application du taux dégressif prévu à l'article L. 5422-3 du même code, il n'est pas tenu compte des revenus d'activité professionnelle ni des indemnités de chômage perçus par l'intéressé durant l'année civile de référence. Les droits sont examinés sur cette nouvelle base à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel sont intervenus le changement de situation,

la cessation du versement ou la diminution du montant de l'allocation d'assurance, ou l'admission soit à l'allocation de solidarité spécifique prévue aux articles L. 5423-1 à L. 5423-3 du code du travail, soit à l'allocation temporaire d'attente prévue à l'article L. 5423-8 du même code et jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel l'intéressé reprend une activité professionnelle lui faisant perdre le bénéfice desdites allocations.

Lorsque la personne ou l'un des conjoints ou concubins perçoit le revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles, il n'est tenu compte ni des revenus d'activité professionnelle ni des indemnités de chômage perçus par l'intéressé durant l'année civile de référence. Les droits sont examinés sur cette nouvelle base à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel ces conditions sont réunies et jusqu'au dernier jour du mois civil au cours duquel ces conditions cessent d'être réunies.

Article R532-8

I. - Il est procédé à une évaluation forfaitaire des ressources de la personne et de son conjoint ou concubin lorsque les conditions ci-après sont réunies :

1° D'une part :

- soit, à l'ouverture du droit, lorsque le total des ressources de la personne et de son conjoint ou concubin perçu au cours de l'année civile de référence et apprécié selon les dispositions de l'article R. 532-3 est au plus égal à 1 015 fois le salaire minimum de croissance horaire en vigueur au 31 décembre de cette année ;
- soit, à l'occasion du premier renouvellement du droit, lorsque les ressources lors de l'ouverture du droit ont déjà fait l'objet d'une évaluation forfaitaire ;
- soit, à l'occasion du renouvellement du droit autre que le premier, lorsqu'au cours de l'année civile de référence ni le bénéficiaire, ni son conjoint, ni son concubin n'a disposé de ressources appréciées selon les dispositions de l'article R. 532-3 ;

2° D'autre part, le bénéficiaire, son conjoint ou son concubin perçoit une rémunération.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux personnes qui perçoivent le revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. Elles ne sont pas non plus applicables aux personnes qui perçoivent l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 du présent code.

La condition relative à l'existence d'une activité professionnelle rémunérée ou, à la perception du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles ou à celle de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1 du présent code est appréciée au cours du mois civil précédant l'ouverture du droit ou du mois de novembre précédant le renouvellement du droit.

II. - L'évaluation forfaitaire correspond :

- a) S'il s'agit d'une personne exerçant une activité salariée à douze fois la rémunération mensuelle perçue par l'intéressé le mois civil précédant l'ouverture du droit ou le mois de novembre précédant le renouvellement du droit, affectée de la déduction prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts ;
- b) S'il s'agit d'une personne exerçant une activité professionnelle non salariée à 1 500 fois le salaire minimum de croissance horaire en vigueur au 1er juillet qui précède l'ouverture ou le renouvellement du droit.

Le montant des ressources ainsi déterminé est affecté de la déduction et de l'abattement prévus aux a et b de l'article R. 532-3.

III. - Les dispositions des I et II du présent article ne sont pas applicables :

1° Au bénéficiaire isolé âgé de moins de vingt-cinq ans, s'il exerce une activité professionnelle non salariée ou, s'il est salarié, s'il perçoit un salaire mensuel net fiscal inférieur à un montant fixé par arrêté interministériel des ministres en charge de la sécurité sociale, du logement, du budget et de l'agriculture ;

2° Au couple dont l'un au moins des membres est âgé de moins de vingt-cinq ans et exerce une activité professionnelle et si aucun des deux membres du couple n'est salarié ou, dans le cas contraire, si le salaire ou l'addition des deux salaires mensuels nets fiscaux est inférieur à un montant fixé par l'arrêté visé à l'alinéa précédent.

Les salaires mensuels visés aux deux alinéas précédents sont ceux du mois civil précédant l'ouverture du droit ou du mois de novembre précédant le renouvellement du droit.

Les montants mentionnés aux 1° et 2° du III sont revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages hors tabac pour l'année civile précédente figurant dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances.

La condition d'âge, visée aux deuxième et troisième alinéas, est appréciée le premier jour du mois de l'ouverture du droit ou le 1er janvier lors du renouvellement du droit.

La condition relative à l'existence d'une activité professionnelle rémunérée visée aux 1° et 2° est appréciée au cours du mois civil précédant l'ouverture du droit ou du mois de novembre précédant le renouvellement du droit.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 1er : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article R541-1

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 541-1, le pourcentage d'incapacité permanente que doit présenter l'enfant handicapé pour ouvrir droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé doit être au moins égal à 80 %.

Le taux d'incapacité est apprécié suivant le guide-barème annexé au décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant la code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le décret n° 77-1549 du 31 décembre 1977 (1).

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 541-1, le pourcentage d'incapacité permanente de l'enfant doit être au moins égal à 50 %.

La prise en charge de l'enfant par un service mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou de soins à domicile au sens de l'article L. 541-1 précité est celle qui est accordée soit au titre de l'assurance maladie, soit par l'Etat, soit par l'aide sociale sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prévue à l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé due au titre des périodes mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 541-1 et, le cas échéant, leur complément sont versés annuellement et en une seule fois.

Article R541-2

Pour la détermination du montant du complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'enfant handicapé est classé, par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, au moyen d'un guide d'évaluation défini par arrêté, dans une des six catégories prévues ci-dessous. L'importance du recours à une tierce personne prévu à l'article L. 541-1 est appréciée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au regard de la nature ou de la gravité du handicap de l'enfant en prenant en compte, sur justificatifs produits par les intéressés, la réduction d'activité professionnelle d'un ou des parents ou sa cessation ou la renonciation à exercer une telle activité et la durée du recours à une tierce personne rémunérée :

1° Est classé dans la 1re catégorie l'enfant dont le handicap entraîne, par sa nature ou sa gravité, des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

2° Est classé dans la 2e catégorie l'enfant dont le handicap contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à une activité à temps plein ou exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à huit heures par semaine ou entraîne des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

3° Est classé dans la 3e catégorie l'enfant dont le handicap, soit :

a) Contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 50 % par rapport à une activité à temps plein ou l'oblige à recourir à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à vingt heures par semaine ;

b) Contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à une activité à temps plein ou exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à huit heures par semaine et entraîne d'autres dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

c) Entraîne, par sa nature ou sa gravité, des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

4° Est classé dans la 4e catégorie l'enfant dont le handicap, soit :

a) Contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein ;

b) D'une part, contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 50 % par rapport à une activité à temps plein ou exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à vingt heures par semaine et, d'autre part, entraîne des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

c) D'une part, contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 20 % par rapport à une activité à temps plein ou exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à huit heures par semaine et, d'autre part, entraîne des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

d) Entraîne, par sa nature ou sa gravité, des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

5° Est classé dans la 5e catégorie l'enfant dont le handicap contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou à recourir à une tierce personne rémunérée à temps plein et entraîne des dépenses égales ou supérieures à un montant fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ;

6° Est classé en 6e catégorie l'enfant dont le handicap, d'une part, contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein et, d'autre part, dont l'état impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille ; en cas notamment de prise en charge de l'enfant en externat ou en semi-internat par un établissement d'éducation spéciale, la permanence des contraintes de surveillance et de soins à la charge de la famille est définie par arrêté, en tenant compte des sujétions qui pèsent sur la famille en dehors des heures passées par l'enfant en établissement.

Pour l'application du présent article, l'activité à temps plein doit être entendue comme l'activité exercée conformément à la durée légale ou à la durée équivalente du travail.

Article R541-3

La demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de son complément et de la majoration mentionnés aux articles L. 541-1 et L. 541-4, est adressée à la maison départementale des personnes handicapées compétente dans les conditions prévues à l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles.

Cette demande est accompagnée de toutes les pièces justificatives utiles à l'appréciation des droits de l'intéressé :

1°) d'un certificat médical détaillé sous pli fermé précisant la nature particulière de l'infirmité, le type de soins ou, le cas échéant, les mesures d'éducation nécessaires à l'enfant et mentionnant éventuellement l'avis du médecin sur l'aide nécessaire pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie lorsqu'elle doit lui être apportée par une tierce personne ;

2°) d'une déclaration du demandeur attestant :

a. que l'enfant est admis ou n'est pas admis dans un établissement mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles en précisant le cas échéant s'il est placé en internat ;

b. que l'enfant bénéficie ou ne bénéficie pas de soins médicaux ou rééducatifs se rapportant à son invalidité, soit dans un établissement d'hospitalisation, soit à domicile.

La déclaration précise si les frais de séjour et de soins sont pris en charge intégralement ou partiellement au titre de l'assurance maladie ou par l'Etat ou par l'aide sociale. Le modèle de la déclaration est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé de la santé.

La maison départementale des personnes handicapées transmet, sans délai, un exemplaire du dossier de demande à l'organisme débiteur en vue de l'examen des conditions relevant de la compétence de celui-ci.

Article R541-4

Si la commission estime que l'état de l'enfant justifie l'attribution de l'allocation, elle fixe la durée de la période, au moins égale à un an et au plus égale à cinq ans, pour laquelle cette décision est prise. Toutefois ce délai n'est pas opposable à l'allocataire en cas d'aggravation du taux d'incapacité permanente de l'enfant.

Pour l'attribution éventuelle du complément, elle classe l'enfant dans l'une des six catégories mentionnées à l'article R. 541-2.

En cas de changement d'organisme ou de service débiteur de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou en cas de changement d'allocataire, la décision de la commission territorialement compétente en premier lieu s'impose sans qu'il soit nécessaire de renouveler la procédure.

L'organisme débiteur des prestations familiales peut contrôler l'effectivité du recours à une tierce personne. S'il constate que ce recours n'est pas effectif dans les conditions prévues pour les différentes catégories, il saisit la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Celle-ci réexamine le droit au complément d'éducation spéciale à partir du moment où l'organisme prestataire a constaté que les conditions en matière de recours à la tierce personne ne sont plus remplies. Dans l'attente de la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'organisme débiteur des prestations familiales verse, à titre d'avance, le complément correspondant à la situation constatée. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées statue en urgence sur ces affaires, dans un délai fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'éducation nationale.

Article R541-5

Lorsque la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées a préconisé des mesures particulières d'éducation et de soins dans l'intérêt de l'enfant, l'ouverture du droit à la prestation doit faire l'objet d'un réexamen dans un délai maximum de deux ans.

Article R541-6

Le silence gardé par la commission pendant plus de quatre mois à compter du dépôt de la demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé vaut décision de rejet de celle-ci.

Article R541-7

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est attribuée à compter du premier jour du mois suivant celui du dépôt de la demande.

Dans le cas où l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est supprimée, la prestation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel intervient la notification de la décision à l'allocataire lorsque l'enfant bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé n'ouvre pas droit à l'allocation

aux adultes handicapés, au premier jour du mois civil suivant lorsque l'enfant ouvre droit à l'allocation aux adultes handicapés.

Les dispositions de l'article R. 512-2 sont applicables à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Lorsque le bénéficiaire du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé opte pour la prestation de compensation en application du 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, le versement de ce complément cesse à compter de la date d'attribution de la prestation de compensation fixée par la décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Lorsque l'organisme débiteur des prestations familiales est informé par le président du conseil départemental de l'attribution d'une prestation de compensation en application de l'article R. 245-36 du code de l'action sociale et des familles, celui-ci suspend le versement du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé dû à la famille au titre de l'enfant handicapé concerné à compter de la date d'attribution fixée par le président du conseil départemental. Toutefois, si la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ne confirme pas l'attribution, par le président du conseil départemental, de la prestation de compensation, l'organisme débiteur des prestations familiales rétablit le versement de ce complément rétroactivement à la date de la suspension, conformément à la décision de la commission.

Article R541-8

Pour l'appréciation du droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et à ses compléments, l'hospitalisation dans un établissement de santé est assimilée à un placement en internat dans un établissement mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles à compter du premier jour du troisième mois civil suivant le début de l'hospitalisation de l'enfant, sauf si les contraintes liées à l'hospitalisation entraînent pour les parents une cessation ou une réduction de l'activité professionnelle y compris la renonciation à cette activité, le recours à une tierce personne rémunérée ou des dépenses dans des conditions identiques à celles requises pour l'attribution d'un complément. Dans ce cas, sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, le versement de la prestation peut être maintenu.

Article R541-9

La demande portant sur l'attribution du troisième élément de la prestation de compensation est déposée auprès de la maison départementale des personnes handicapées par la personne assumant la charge de l'enfant handicapé et bénéficiant d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Si la personne n'est pas déjà bénéficiaire de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au moment de sa demande de prestation de compensation, cette demande est déposée à la maison départementale des personnes handicapées conjointement à la demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Article R541-10

Lorsque le demandeur fait simultanément une demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de troisième élément de prestation de compensation, les charges liées à l'aménagement du logement et

du véhicule ainsi que les surcoûts éventuels de transports sont pris en compte au titre de la prestation de compensation et ne peuvent pas l'être dans l'attribution du complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Lorsque la personne est bénéficiaire, au moment de sa demande de prestation de compensation, d'un complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé attribué pour des dépenses autres que celles entraînées par le recours à une tierce personne, la demande de prestation de compensation entraîne systématiquement révision de la décision d'allocation et de son complément.

La demande présentée par un bénéficiaire de la prestation de compensation au titre du 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles en vue du renouvellement ou de la révision de cette prestation en raison de l'évolution du handicap de la personne ou des facteurs ayant déterminé les charges prises en compte entraîne systématiquement un réexamen des conditions pour bénéficier du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Le bénéficiaire des éléments mentionnés aux 2°, 4°, et 5° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ne peut opter pour le complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé qu'à la date d'échéance de l'attribution de ces éléments, dès lors qu'ils ont donné lieu à un versement ponctuel.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 3 : Allocation de rentrée scolaire.

Article R543-1

L'allocation de rentrée scolaire établie par l'article L. 543-1 est attribuée compte tenu des dispositions du présent chapitre, pour chaque enfant, aux ménages ou personnes qui en ont la charge au jour de la rentrée scolaire dans l'établissement qu'il fréquente.

Article R543-2

Ouvre droit à l'allocation de rentrée scolaire chaque enfant à charge qui atteindra son sixième anniversaire avant le 1er février de l'année suivant celle de la rentrée scolaire.

L'allocation reste due, lors de chaque rentrée scolaire, pour tout enfant qui n'a pas atteint l'âge de dix-huit ans révolus au 15 septembre de l'année considérée.

Le montant de l'allocation de rentrée scolaire est majoré, d'une part, lorsque l'enfant atteint ses onze ans, et, d'autre part, lorsque l'enfant atteint ses quinze ans, au cours de l'année civile de la rentrée scolaire.

Article R543-3

Est, au sens et pour l'application du premier alinéa de l'article L. 543-1, un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé tout établissement ou organisme qui a pour objet de dispenser un enseignement permettant aux enfants qui suivent cet enseignement de satisfaire à l'obligation scolaire.

Article R543-4

La condition d'inscription prévue au premier alinéa de l'article L. 543-1 est, sauf preuve contraire, présumée remplie pour chacun des enfants ouvrant droit à l'allocation de rentrée scolaire.

Dans le cas où le versement des prestations familiales a été supprimé, au titre de l'année scolaire précédente, en application des dispositions qui édictent des sanctions aux manquements à l'obligation scolaire, l'allocation de rentrée scolaire ne doit être versée que sur justification de l'inscription de l'enfant intéressé pour la nouvelle année scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement.

Pour le versement de l'allocation de rentrée scolaire après la fin de l'obligation scolaire, la condition d'inscription est présumée remplie sur la foi d'une déclaration sur l'honneur.

Article R543-5

Les ménages ou personnes remplissant les conditions fixées aux articles ci-dessus ne peuvent bénéficier de l'allocation de rentrée scolaire que si le montant des ressources dont ils ont disposé durant l'année civile de référence considérée est inférieur à un plafond.

Ce plafond est majoré, à partir du premier enfant, de 30 % par enfant à charge. Il est revalorisé au 1er janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence.

Article R543-6

Pour l'application de la condition de ressources prévue à l'article R. 543-5, la situation de famille est appréciée au 31 juillet précédant la rentrée scolaire considérée.

Il est fait application des articles R. 532-3 à R. 532-8.

Article R543-6-1

L'allocation différentielle de rentrée scolaire est égale, pour chaque enfant, à la différence entre, d'une part, le plafond défini au deuxième alinéa de l'article R. 543-5, majoré, pour chaque tranche d'âge, des montants d'allocation de rentrée scolaire en vigueur au 1er avril de l'année en cours multiplié par le nombre d'enfants y ouvrant droit pour cette tranche d'âge au titre de la rentrée scolaire en cours et, d'autre part, le montant des ressources, cette différence étant divisée par le nombre d'enfants à charge ouvrant droit à cette allocation.

Article R543-7

L'allocation de rentrée scolaire fait l'objet d'un versement unique qui doit être opéré au plus tard le 31 octobre de l'année considérée.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 4 : Allocation journalière de présence parentale

Article R544-1

La demande d'allocation journalière de présence parentale est adressée à l'organisme débiteur accompagnée des documents suivants :

1° Une attestation de l'employeur précisant que le demandeur bénéficie d'un congé de présence parentale en application de l'article L. 122-28-9 du code du travail, de l'article 40 bis de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, de l'article 60 sexies de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, du 11° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou de toute autre disposition applicable aux agents publics prévoyant le bénéfice d'un congé de présence parentale ;

2° Un certificat médical détaillé, établi conformément à un modèle défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, adressé sous pli fermé à l'attention du service du contrôle médical, attestant la particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident de l'enfant et précisant la nature des soins contraignants et les modalités de la présence soutenue du parent aux côtés de l'enfant, ainsi que la durée prévisible du traitement de l'enfant.

Lorsque la durée prévisible de traitement de l'enfant fixée par le médecin qui le suit fait l'objet d'un réexamen dans les conditions mentionnées à l'article L. 544-2, l'allocataire adresse à l'organisme débiteur, sous pli fermé à l'attention du service du contrôle médical, un nouveau certificat médical détaillé, dans les mêmes conditions que celles définies au troisième alinéa.

Article R544-2

Le service du contrôle médical compétent pour se prononcer sur la nécessité de soins contraignants ou de présence soutenue aux côtés de l'enfant malade est celui dont relève ce dernier pour la prise en charge des frais de santé en cas de maladie.

Article R544-3

Le silence gardé par le service du contrôle médical jusqu'au dernier jour du deuxième mois civil qui suit la réception de la demande d'allocation de présence parentale par l'organisme débiteur vaut avis favorable de ce service.

Le silence gardé par l'organisme débiteur jusqu'au dernier jour du troisième mois civil qui suit la réception de la demande d'allocation de présence parentale vaut décision favorable de cet organisme.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 2 : Service des prestations.

Article R552-1

Si un allocataire relevant d'un régime d'allocations familiales se trouve temporairement ou définitivement transféré à un autre régime, le service des prestations familiales incombe au régime primitif jusqu'à régularisation administrative, à charge pour lui d'en poursuivre le remboursement auprès de l'autre régime.

Article R552-2

I.-Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies.

II.-Par dérogation au I, les prestations suivantes observent des règles particulières :

1° La prestation partagée d'éducation de l'enfant lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies ;

2° Le complément de libre choix du mode de garde est dû à compter du premier jour du mois civil au cours duquel la demande est déposée, sous réserve que les conditions d'ouverture du droit soient réunies à cette date. Toutefois, le droit est ouvert à compter du premier jour du mois civil où les conditions en sont remplies lorsqu'un droit est déjà ouvert au titre d'un autre enfant ;

3° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est due aux personnes remplissant les conditions d'ouverture de ce droit à compter de la date fixée au premier alinéa de l'article R. 541-7 ;

4° L'allocation journalière de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande, sous réserve que les conditions d'ouverture du droit soient réunies à cette date.

Article R552-3

I.-Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies.

II.-Par dérogation au I, des règles particulières sont applicables aux prestations qui suivent :

1° Le complément de libre choix du mode de garde cesse d'être dû le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit cessent d'être réunies ;

2° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé cesse d'être due dans les conditions prévues aux deuxième, quatrième et cinquième alinéas de l'article R. 541-7 ;

3° L'allocation journalière de présence parentale cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit cessent d'être réunies.

III.-En cas de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le décès, sauf dans le cas prévu à l'article L. 531-10.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 3 : Dispositions diverses.

Section 1 : Dispositions générales.

Article R553-1

Le règlement des prestations familiales a lieu mensuellement.

Les prestations familiales versées mensuellement, l'allocation de rentrée scolaire sont payables à terme échu et aux dates fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pour les caisses d'allocations familiales et par un arrêté du ministre chargé de l'agriculture pour les caisses de mutualité sociale agricole.

Article R553-2

Les dispositions du présent livre relatives aux personnes vivant en concubinage s'appliquent aux partenaires d'un pacte civil de solidarité.

Section 2 : Evaluation des éléments de train de vie.

Article R553-3

La présente section est applicable aux prestations suivantes :

- 1° La prestation d'accueil du jeune enfant ;
- 2° Le complément familial ;
- 3° L'allocation de rentrée scolaire.

Article R553-3-1

I. # L'évaluation forfaitaire du train de vie prévue à l'article L. 553-5 prend en compte les éléments et barèmes suivants :

1° Propriétés bâties détenues ou occupées par le demandeur ou le bénéficiaire : valeur locative annuelle définie aux articles 1494 à 1508 et 1516 à 1518 B du code général des impôts. Pour les propriétés situées sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, la valeur locative est celle du logement occupé par le demandeur ou le bénéficiaire ;

2° Propriétés non bâties détenues ou occupées par le demandeur ou le bénéficiaire : valeur locative annuelle définie aux articles 1509 à 1518 A du code général des impôts. Pour les propriétés situées sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, la valeur locative est celle du logement occupé par le demandeur ou le bénéficiaire ;

3° Travaux, charges et frais d'entretien des immeubles : 80 % du montant des dépenses ;

4° Personnels et services domestiques : 80 % du montant des dépenses ;

5° Automobiles, bateaux de plaisance, motocyclettes : 25 % de la valeur vénale de chaque bien lorsque celle-ci est supérieure à 10 000 euros ;

6° Appareils électroménagers, équipements son-hifi-vidéo, matériels informatiques : 80 % du montant des dépenses lorsque celles-ci sont supérieures à 1 000 euros ;

7° Objets d'art ou de collection, articles de joaillerie et métaux précieux : 3 % de leur valeur vénale ;

8° Voyages, séjours en hôtels et locations saisonnières, restaurants, frais de réception, biens et services culturels, éducatifs, de communication ou de loisirs : 80 % du montant des dépenses ;

9° Clubs de sports et de loisirs, droits de chasse : 80 % du montant des dépenses ;

10° Capitaux : 10 % du montant à la fin de la période de référence.

II. # Pour l'application du présent article :

1° Les dépenses sont celles réglées au bénéfice du foyer du demandeur ou du bénéficiaire pendant la période de référence ;

2° La valeur vénale des biens est la valeur réelle à la date de la disposition. Sont retenus notamment à fin d'évaluation, lorsqu'ils existent :

a) Le montant garanti par le contrat d'assurance ;

b) L'estimation particulière effectuée par un professionnel ;

c) La référence issue d'une publication professionnelle faisant autorité.

Article R553-3-2

La période de référence est celle prévue, selon le cas, à l'article R. 532-1 ou à l'article R. 543-5.

Article R553-3-3

Les biens et services énumérés à l'article R. 553-3-1 ne sont pas pris en compte lorsqu'ils ont été détenus ou utilisés à usage professionnel. En cas d'usage mixte, l'évaluation est effectuée au prorata de l'utilisation à usage privé ou personnel.

Article R553-3-4

Lorsqu'il est envisagé de faire usage de la procédure prévue à l'article L. 553-5, l'organisme de sécurité sociale en informe le demandeur ou le bénéficiaire de la prestation, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette lettre a pour objet :

1° De l'informer de l'objet de la procédure engagée, de son déroulement, de ses conséquences, de sa possibilité de demander à être entendu et à être assisté, lors de cet entretien, du conseil de son choix, des sanctions applicables en cas de déclarations fausses ou incomplètes et de ce que le résultat de cette évaluation sera transmis aux autres organismes de sécurité sociale qui lui attribuent, le cas échéant, des prestations sous conditions de ressources ;

2° De l'inviter à renvoyer, dans un délai de trente jours, le questionnaire adressé par l'organisme visant à évaluer les différents éléments de son train de vie accompagné de toutes les pièces justificatives, en précisant qu'à défaut de réponse complète dans ce délai les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale seront appliquées.

Article R553-3-5

Si le montant du train de vie évalué forfaitairement en application de l'article R. 553-3-1 est supérieur ou égal à une somme correspondant au double du plafond de ressources applicable à la prestation familiale concernée, augmentée des revenus perçus, pour la période de référence, au titre des prestations et rémunérations exclues en tout ou en partie, pour l'appréciation des ressources déclarées, en application des articles R. 532-3 à R. 532-8, la disproportion marquée entre le train de vie et les ressources déclarées est constatée. Dans ce cas, l'évaluation forfaitaire des éléments du train de vie est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

Article R553-3-6

Lorsque les ressources prises en compte selon l'évaluation forfaitaire du train de vie ne donnent pas droit à la prestation, l'attribution ou le renouvellement de la prestation n'est pas refusé en cas de circonstances

exceptionnelles liées notamment à la situation économique et sociale du foyer, ou s'il est établi que la disproportion marquée a cessé. En cas de refus, la décision est notifiée au demandeur ou au bénéficiaire, par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle est motivée et indique les voies de recours dont dispose l'intéressé.

Article R553-3-7

Les organismes locaux de sécurité sociale rendent compte sans délai à l'organisme national chargé de coordonner leur activité de chacune des évaluations effectuées, après suppression de tout élément d'identification des personnes concernées, en précisant :

- 1° Le cas échéant, si le demandeur ou le bénéficiaire a transmis une réponse à la demande d'évaluation dans le délai prescrit ;
- 2° Le sens de la décision prise à l'issue de l'évaluation ;
- 3° Les éléments de train de vie qui ont fait l'objet de l'évaluation ;
- 4° Le cas échéant, la nature et le montant de la sanction prononcée en cas de fraude ou de fausse déclaration.

L'organisme national mentionné au premier alinéa transmet périodiquement un bilan de ces éléments au au ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 8 : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires - Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 1er : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires.

Article R581-1

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 581-4, le titulaire de la créance doit fournir à l'organisme débiteur de prestations familiales les éléments prouvant son droit à la créance.

Il fournit également à l'organisme mentionné au premier alinéa les renseignements en sa possession relatifs au débiteur, notamment l'identité, le numéro d'immatriculation à la sécurité sociale, l'adresse ou la dernière adresse connue, la profession, les nom et adresse de l'employeur, la nature, la situation et l'importance du patrimoine ainsi que les sources de revenus du débiteur.

Article R581-2

Lorsque le créancier fait une demande d'aide au recouvrement fondée sur l'article L. 581-6, il joint à sa demande les documents prévus à l'article 2 du décret n° 75-1339 du 31 décembre 1975, ou une attestation d'échec de la procédure de recouvrement public établie par le procureur de la République.

Article R581-3

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 581-3, l'enfant majeur créancier d'une pension alimentaire fixée par décision de justice devenue exécutoire doit donner mandat à l'organisme débiteur de prestations familiales de recouvrer cette créance pour son compte.

Article R581-4

L'organisme débiteur de prestations familiales notifie au débiteur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, qu'il a admis la demande au recouvrement faite par le créancier.

Par lettre mentionnée au premier alinéa, l'organisme débiteur de prestations familiales rappelle au débiteur les obligations auxquelles celui-ci est tenu envers le créancier et lui fait connaître qu'à défaut d'exécution volontaire, le recouvrement de la créance sera poursuivi au moyen de toute procédure appropriée.

L'organisme débiteur de prestations familiales précise à cet égard que les termes à échoir et les arriérés pour lesquels il n'y a pas subrogation peuvent, avec l'accord de cet organisme, être acquittés directement entre les mains du créancier et qu'à défaut de ce paiement amiable, le débiteur sera tenu de s'acquitter auprès de l'organisme des arriérés de pension ainsi que des termes à échoir pendant une période de douze mois consécutifs à compter du premier versement ainsi effectué.

Article R581-5

L'organisme débiteur de prestations familiales notifie au débiteur l'apurement définitif des arriérés de la dette et la fin de l'obligation de se libérer auprès de lui.

L'organisme débiteur de prestations familiales rend compte au créancier d'actes effectués pour son compte. Il l'informe, le cas échéant, de l'abandon des poursuites lorsqu'elles s'avèrent vaines ou manifestement contraires aux intérêts du créancier.

Article R581-6

Exception faite des créances recouvrées en application de l'article 7 de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975, le montant des sommes versées à l'organisme débiteur de prestations familiales est majoré, à son profit, de 7,5 % ainsi que du montant des frais effectivement payés aux officiers ministériels et aux auxiliaires de justice ; lorsque l'organisme débiteur de prestations familiales ne recourt pas aux services d'un officier ministériel ou d'un auxiliaire de justice une majoration supplémentaire de 2,5 % est appliquée.

Article R581-7

Les majorations mentionnées à l'article R. 581-6 sont recouvrées par les voies et moyens applicables au recouvrement de la créance principale. En cas de difficulté, le recouvrement forcé est soumis aux règles prévues aux articles 704 à 718 du code de procédure civile. Le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel l'organisme débiteur de prestations familiales a son siège.

Article R581-8

Les majorations mentionnées à l'article R. 581-6 constituent une recette de la gestion administrative des organismes débiteurs de prestations familiales.

Article R581-9

Dans tous les cas, le dernier terme échu de la pension alimentaire et des créances des articles 214, 276 et 342 du code civil est imputé par priorité sur les sommes recouvrées et est reversé au créancier.

Article R581-10

Les comptables publics mentionnés à l'article L. 581-10 sont des comptables de la direction générale des finances publiques.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 1er : Organisation administrative

Section 2 : Caisse nationale

Sous-section 1 : Les missions.

Article R611-1

I. # Pour l'exercice des missions définies à l'article L. 611-4, la Caisse nationale du régime social des indépendants a pour rôle :

1° De centraliser toutes informations nécessaires au fonctionnement du régime ;

2° D'assurer la représentation de l'ensemble des caisses de base auprès des pouvoirs publics ;

3° De décider de passer convention pour la caisse nationale et les caisses de base avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun ;

4° D'établir à l'échelon national les statistiques relatives aux opérations du régime.

II. # La caisse nationale est soumise au contrôle budgétaire prévu par le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique..

Sous-section 2 : Le conseil d'administration

Article R611-2

I. # Le conseil d'administration de la caisse nationale comprend cinquante administrateurs, dont :

1° Quarante-deux représentants des caisses de base communes aux groupes professionnels des artisans et des industriels et commerçants et des caisses des départements d'outre-mer élus par leur conseil d'administration à raison d'un représentant par caisse de base et de deux représentants au-delà de 150 000 ressortissants conformément au tableau constituant l'annexe 1 du présent chapitre ;

2° Huit représentants de la caisse de base des professions libérales de France métropolitaine élus par son conseil d'administration.

Siègent également au conseil avec voix consultative :

1° Deux membres désignés par l'Union nationale des associations familiales parmi les personnes cotisant au régime ;

2° Quatre représentants des organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20, nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° Deux représentants de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, dont le directeur ou son représentant et un administrateur désigné en son sein par le conseil d'administration parmi les représentants des travailleurs indépendants.

II. # Des membres suppléants sont élus ou nommés au conseil d'administration en nombre égal et dans les mêmes conditions que les membres titulaires. Le suppléant remplace les administrateurs titulaires en cas de vacance d'un siège en cours de mandat.

III. # Le directeur général, l'agent comptable et le médecin-conseil national assistant, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration.

IV. # Les commissaires du Gouvernement représentant le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget assistent aux réunions du conseil d'administration et de ses commissions et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Un représentant du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales assiste également aux séances du conseil d'administration et des commissions ayant reçu délégation du conseil. Il est entendu chaque fois qu'il le demande.

V. # Le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation dont elle estime l'audition utile à son information.

Article R611-3

Les représentants titulaires et suppléants des caisses de base sont élus pour six ans. Les autres membres du conseil sont désignés ou nommés pour la même durée. Leur mandat est renouvelable.

Cessent de plein droit de faire partie du conseil d'administration les membres dont le mandat au conseil d'administration d'une caisse de base vient à cesser pour une cause quelconque ; toutefois, ceux dont le mandat venu à expiration n'est pas renouvelé continuent à siéger au conseil d'administration de la caisse nationale jusqu'au prochain renouvellement de ce conseil.

Cessent de plein droit de faire partie du conseil les membres désignés qui ne remplissent plus les conditions qui avaient motivé leur désignation.

Il est immédiatement pourvu par une nouvelle élection aux vacances survenant en cours de mandat. Les nouveaux membres achèvent le mandat de leurs prédécesseurs. Toutefois, il n'est procédé à aucune élection partielle dans les six mois qui précèdent l'expiration des pouvoirs du conseil d'administration.

Paragraphe 1 : Elections.

Article R611-4

Les représentants des caisses de base au conseil d'administration de la caisse nationale sont élus au scrutin uninominal par les membres élus du conseil d'administration des caisses de base.

L'élection a lieu à la date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les administrateurs élus des conseils d'administration des caisses de base sont convoqués par le président de chaque caisse de base huit jours au moins avant la date de l'élection. La convocation doit mentionner l'objet de la réunion qui est présidée par le membre le plus âgé.

Article R611-5

L'élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés.

Si, après deux tours de scrutin, la majorité absolue n'a pas été atteinte, il est procédé à un troisième tour de scrutin et l'élection a lieu à la majorité relative. En cas d'égalité de suffrages, le candidat le plus âgé est proclamé élu.

Article R611-6

Lorsque devient vacant un siège d'administrateur dont le titulaire avait été remplacé par son suppléant, il y a lieu de pourvoir à la vacance de ce siège par l'élection d'un nouveau titulaire et d'un nouveau suppléant. Cette élection a lieu dans un délai de deux mois à compter du jour où la vacance s'est produite, à la date fixée par le ministre chargé de la sécurité sociale. Il est fait application des articles R. 611-4 et R. 611-5.

Article R611-7

La contestation des résultats des élections est portée, dans un délai de cinq jours, devant le tribunal d'instance, qui statue en dernier ressort. L'article R. 611-50 est applicable à ces élections.

Paragraphe 2 : Rôle du conseil d'administration.

Article R611-9

I. # Le conseil d'administration de la caisse nationale détermine :

1° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 611-7 ;

2° Les propositions prévues à l'article L. 111-11 relatives à l'évaluation des charges et produits du régime de base de la branche maladie ;

3° Les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ;

Le conseil d'administration a en outre notamment pour rôle :

1° D'établir le règlement intérieur de la caisse nationale soumis à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale ;

2° De voter les budgets nationaux de gestion et d'intervention ;

3° De nommer l'agent comptable sous réserve de son agrément par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget ;

4° De contrôler l'application par le directeur général et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires ainsi que l'exécution de ses propres délibérations ;

5° De décider d'agir en justice dans les matières relevant de sa compétence ;

6° Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, d'approuver, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, les comptes annuels et les comptes combinés du régime au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification ;

7° De proposer les règlements financiers des régimes complémentaires obligatoires d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité-décès ;

8° De procéder aux désignations nécessaires des représentants de la caisse nationale dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

Le conseil d'administration peut diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.

Le conseil d'administration peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à l'assurance maladie et à l'assurance vieillesse.

II. # Le conseil d'administration de la caisse nationale est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale, pour avis, des projets de loi, d'ordonnance et de décrets spécifiques à ce régime et ayant des incidences directes sur l'équilibre financier d'une branche ou d'un régime mentionné à l'article L. 611-2 et des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration de la caisse nationale peut faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Les propositions de nature législative sont transmises au Parlement.

Le conseil d'administration est habilité, dans le respect de l'équilibre financier de chacune des branches dont il assure la gestion, à proposer des réformes au Gouvernement.

Les dispositions des articles R. 200-2 et R. 200-3 à R. 200-6, des premier, deuxième et troisième alinéas de l'article R. 224-3, des articles R. 224-5, R. 226-2 et R. 281-6 lui sont applicables.

L'opposition prévue à l'article L. 224-10 est exercée par le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé du budget.

Article R611-10

Lorsque le conseil d'administration demande, en application du troisième alinéa du II de l'article L. 611-6, au directeur général de lui soumettre une seconde proposition, celle-ci lui est présentée dans les vingt jours suivant sa première délibération.

Article R611-11

Lorsqu'il est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget et le ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales de la proposition de nomination du directeur général, conformément au I de l'article L. 611-6, le conseil dispose d'un délai de onze jours à compter de sa saisine pour faire valoir le cas échéant son droit d'opposition. A défaut de réponse dans ce délai, l'avis est réputé favorable. En cas d'opposition, les ministres transmettent une nouvelle proposition.

Lorsqu'il est envisagé de mettre fin aux fonctions du directeur général avant le terme de son mandat, les ministres mentionnés à l'article R. 611-15 en informent le conseil d'administration de la caisse nationale, conformément au III de l'article L. 611-6. Le conseil dispose d'un délai de quinze jours à compter de sa saisine pour faire connaître son avis aux ministres. L'avis est réputé favorable en l'absence de sa notification aux ministres précités dans le délai de quinze jours.

Paragraphe 3 : Fonctionnement.

Article R611-12

Le conseil d'administration élit en son sein, à bulletins secrets, son président et deux vice-présidents. Aux premier et deuxième tours de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés, compte non tenu des bulletins blancs ou nuls, et au troisième tour, à la majorité relative des suffrages exprimés. En cas de partage des voix, le candidat le plus âgé est proclamé élu.

La durée du mandat du président est fixée à six ans renouvelable une fois.

Le conseil d'administration peut constituer en son sein :

1° Un bureau comprenant au plus dix membres, dont le président et les deux vice-présidents ainsi que les présidents des sections professionnelles mentionnées à l'article R. 611-14 ;

2° Des commissions auxquelles il peut déléguer une partie de ses attributions ;

3° Des commissions constituées à titre consultatif pouvant comprendre des personnalités qui n'appartiennent pas au conseil.

Lorsque le conseil délibère sur les questions propres aux régimes d'assurance vieillesse de base, complémentaires et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales, les administrateurs élus du groupe des professions libérales siègent à titre consultatif.

Article R611-13

Le conseil se réunit sur convocation de son président qui fixe l'ordre du jour de la séance.

Lorsque la réunion du conseil intervient à la demande du ou des ministres ou de la moitié au moins de ses membres, le conseil est réuni dans les vingt jours de la réception de la demande afin de délibérer des questions posées.

Le conseil ne peut valablement délibérer que si la majorité de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours et délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents. En cas d'empêchement, un membre du conseil peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les délibérations du conseil sont adoptées à la majorité simple des membres présents et représentés.

Article R611-14

Les administrateurs élus du conseil peuvent être répartis en sections professionnelles correspondant au groupe professionnel au titre duquel ils ont été élus dans leur caisse de base.

Chaque section élit, dans les conditions précisées dans le règlement intérieur de la caisse nationale, un président de section.

Les sections se réunissent sur convocation de leur président.

Les commissaires du Gouvernement et l'agent chargé du contrôle économique et social assistent aux réunions et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Sous-section 3 : Le directeur général.

Article R611-15

Le directeur général de la caisse nationale est nommé par décret sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales.

Article R611-16

Le directeur général de la caisse nationale met en oeuvre les orientations et décisions adoptées par le conseil d'administration.

Il négocie et, avec le président du conseil d'administration, signe la convention d'objectifs et de gestion ainsi que les contrats pluriannuels de gestion mentionnés à l'article L. 611-7.

Il assure pour les systèmes d'information les responsabilités prévues à l'article L. 161-28.

Il propose au conseil d'administration les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Il informe, dans les meilleurs délais, outre le conseil d'administration de la caisse nationale, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte visé à l'article L. 114-4-1 des circonstances imprévues susceptibles d'entraîner un dépassement de ces objectifs.

Il peut recevoir mandat du conseil d'administration pour négocier et, le cas échéant, conclure des accords collectifs nationaux applicables aux personnels des organismes de sécurité sociale du régime social des indépendants.

Il est notamment chargé pour ce qui concerne la gestion de la caisse nationale et sous le contrôle du conseil d'administration :

1° De fixer l'organisation du travail dans les services et d'assurer la discipline générale.

2° De prendre, sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires donnant compétence à une autre autorité, toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel.

Il nomme, le cas échéant, un ou plusieurs directeurs délégués, agents comptables secondaires, directeurs adjoints et sous-directeurs.

Il est l'ordonnateur des recettes et des dépenses. Il peut désigner des ordonnateurs délégués. Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il arrête les comptes annuels de la caisse et les comptes combinés annuels du régime.

Il conclut au nom de la caisse nationale toute convention.

Il accepte provisoirement ou à titre conservatoire et sans autorisation préalable les dons et legs qui sont faits à l'organisme.

Il peut déléguer sa signature à ceux de ses collaborateurs qui exercent une fonction de direction ou de cadre au sein de la caisse nationale pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

Il peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme. Il peut donner mandat à des agents de l'organisme en vue d'assurer la représentation de celui-ci en justice et dans les actes de la vie civile.

Il rend compte au conseil d'administration de la mise en oeuvre des décisions qu'il a prises et de la gestion de la caisse nationale et du réseau après la clôture de chaque exercice.

Il remet au conseil d'administration, au plus tard à la fin du premier semestre de chaque année, un rapport d'activité pour l'année écoulée retraçant notamment les orientations et les décisions prises par le conseil d'administration, les actions mises en oeuvre pour les atteindre et les résultats constatés.

Il assiste, avec voix consultative, aux réunions du conseil et des divers comités, commissions et sections professionnelles.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur général, ses fonctions sont exercées par un agent de direction de la caisse nationale qu'il a préalablement désigné à cet effet.

Dans les conditions prévues par la convention d'objectifs et de gestion mentionnée au I de l'article L. 611-7, le directeur général communique toute information et réalise toute étude que les ministres chargés de la tutelle jugent utiles.

Sous-section 4 : L'agent comptable.

Article R611-17

L'agent comptable de la caisse nationale est nommé par le conseil d'administration de la caisse nationale et agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

L'agent comptable national est chargé des opérations comptables et financières de la caisse nationale et en assume la responsabilité sous le contrôle du conseil d'administration.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, les comptes annuels et les comptes combinés du régime sont établis par l'agent comptable national et arrêtés par le directeur général. Les comptes annuels et les comptes combinés sont ensuite présentés par le directeur général et l'agent comptable national au conseil d'administration.

Toute décision de caractère individuel prise en matière de gestion du personnel est communiquée à l'agent comptable qui porte mention de la disponibilité des crédits correspondants et de sa conformité aux autorisations budgétaires.

En cas d'absence momentanée ou d'empêchement de l'agent comptable, ses fonctions sont exercées conformément aux dispositions de l'article R. 122-4 ou par un agent comptable secondaire qu'il a préalablement désigné à cet effet.

Sous-section 5 : La convention d'objectifs et de gestion.

Article R611-18

I. # La convention d'objectifs et de gestion mentionnée au I de l'article L. 611-7 précise :

1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion des risques, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;

2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

3° Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ;

4° Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ;

5° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et d'intervention ;

6° Le cas échéant, les conditions d'évolution du réseau des caisses de base.

La convention prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

Elle détermine également :

1° Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de la convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;

2° Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

II. # Pour la branche maladie, la convention d'objectifs et de gestion mentionne notamment les orientations pluriannuelles de l'action du Gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins. La convention comporte également un plan de contrôle des prestations servies.

La convention d'objectifs et de gestion définit des orientations pluriannuelles cohérentes avec celles mentionnées dans la branche maladie du régime général.

III. # Les conventions et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis à la commission compétente de chaque assemblée mentionnée à l'article L. 111-9-1.

Article R611-19

La convention d'objectifs et de gestion est signée pour le compte de la caisse nationale par le président du conseil d'administration et par le directeur général.

Article R611-20

Les contrats pluriannuels de gestion mentionnés au II de l'article L. 611-7 sont signés pour le compte de la caisse nationale par le président du conseil d'administration et par le directeur général et, pour le compte de chacune des caisses de base du régime, par le président du conseil d'administration et par le directeur.

Section 3 : Caisses de base

Sous-section 2 : Circonscriptions des caisses de base.

Article R611-21

Les circonscriptions des caisses de base communes aux groupes professionnels des artisans, des industriels et commerçants et du groupe des professions libérales mentionnées au I de l'article L. 611-8 ainsi que des caisses de base communes à l'ensemble de ces groupes créées dans les départements d'outre-mer en application du dernier alinéa du I de l'article L. 611-12 sont fixées conformément à la liste présentée à l'annexe 2 du présent chapitre.

Article R611-22

La fusion de deux ou plusieurs caisses de base peut être opérée, après propositions concordantes de leurs conseils d'administration ou sur proposition de la caisse nationale, par un décret en Conseil d'Etat qui détermine la composition du conseil d'administration de la caisse résultant de la fusion, en fonction des effectifs respectifs des caisses fusionnées.

Les administrateurs ainsi désignés restent en fonction jusqu'au renouvellement général des conseils d'administration des caisses du régime social des indépendants.

Dans l'attente de la nomination, dans les conditions mentionnées à l'article L. 611-14, du directeur et de l'agent comptable de la caisse résultant d'une fusion, le directeur général de la caisse nationale nomme les personnes chargées d'assurer l'intérim de ces fonctions.

Sous-section 3 : Composition et rôle du conseil d'administration.

Article R611-23

Les caisses de base sont administrées par des conseils d'administration de 24, 30 ou 36 membres élus.

La composition des conseils d'administration de chacune des caisses mentionnées aux articles L. 611-8 et L. 611-12, définie en fonction du nombre de leurs ressortissants, ainsi que la répartition de leurs membres entre administrateurs actifs et retraités sont fixées à l'annexe 2 du présent chapitre.

Article R611-24

Outre les membres élus, siègent également au conseil d'administration avec voix consultative :

1° Un médecin et un pharmacien désignés par les organisations départementales ou régionales de l'ordre des médecins ou de l'ordre des pharmaciens ;

2° Un représentant de chacune des catégories d'organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20, nommé par arrêté du préfet de la région dans laquelle se trouve le siège de la caisse.

Article R611-25

En application de l'article R. 611-24, le médecin et le pharmacien siégeant à titre consultatif dans les conseils d'administration des caisses de base sont désignés par les conseils départementaux de l'ordre des médecins et les conseils régionaux des pharmaciens dont la circonscription est comprise en tout ou partie dans celle des caisses de base.

Pour le conseil d'administration de la caisse de base des professions libérales de France métropolitaine, le médecin est désigné par le Conseil national de l'ordre des médecins et le pharmacien est désigné par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Il est procédé à la désignation d'un nombre égal de suppléants.

Article R611-26

Le conseil d'administration de la caisse de base a notamment pour rôle, sur proposition du directeur :

1° D'établir les statuts de la caisse et son règlement intérieur ;

2° D'approuver les budgets de gestion et d'intervention. Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, il approuve, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, les comptes annuels sur présentation du directeur et de l'agent comptable et au vu du rapport de validation prévu à l'article D. 114-4-2.

Le conseil délibère également sur :

1° La politique d'action sanitaire et sociale de l'assurance maladie et de l'action sociale de l'assurance vieillesse menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par la caisse nationale ;

2° Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers ;

3° Les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la caisse ;

4° L'acceptation et le refus des dons et legs ;

5° La représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

Il délibère sur le contrat pluriannuel de gestion mentionné au II de l'article L. 611-7.

Il contrôle l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires ainsi que l'exécution de ses décisions.

Le conseil d'administration peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.

Sous-section 4 : Fonctionnement.

Article R611-27

Les membres du conseil d'administration ayant voix délibérative élisent au sein du conseil, à bulletins secrets, un président et deux vice-présidents. Au premier et au deuxième tours de scrutin, l'élection a lieu à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, et au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge.

La durée du mandat du président est fixée à six ans renouvelable une fois.

Le conseil d'administration peut constituer en son sein :

1° Un bureau comprenant au plus huit membres, dont le président et les deux vice-présidents du conseil d'administration ;

2° Des commissions auxquelles il peut déléguer une partie de ses attributions et des commissions consultatives ;

Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président qui fixe l'ordre du jour de la séance.

Le service mentionné à l'article R. 155-1 reçoit notification des ordres du jour des séances du conseil.

La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ou par le tiers des membres du conseil d'administration. Dans ce cas, la réunion intervient dans les vingt jours suivant la réception de la demande. Les questions dont le responsable du service mentionné ci-dessus ou le tiers des membres demandent l'inscription à l'ordre du jour sont inscrites de droit.

Le conseil d'administration ne peut valablement délibérer que si la majorité de ses membres ayant voix délibérative assistent à la séance. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué avec le même ordre du jour dans un délai maximal de vingt jours et délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents. En cas d'empêchement, un membre du conseil peut donner délégation à un autre membre. Aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents et représentés.

Le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation dont il estime l'audition utile à son information.

Le directeur et l'agent comptable ou leurs représentants assistent, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration ou des commissions ayant reçu délégation de celui-ci. Il en est de même du praticien-conseil chef de l'échelon régional du service du contrôle médical ou, le cas échéant, de son adjoint ou du médecin-conseil chef de service.

Un membre du service mentionné à l'article R. 155-1, ou son représentant, peut également assister au conseil et être entendu à chaque fois qu'il le demande.

Sous-section 5 : Elections.

Article R611-28

Les élections des membres des conseils d'administration des caisses de base ont lieu à la même date dans toutes les circonscriptions.

Cette date est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

La date des élections prévues à l'article R. 611-52 concernant une seule caisse de base est également fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les frais des élections sont à la charge de la caisse nationale.

Article R611-29

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa du II de l'article R. 611-31, les élections ont lieu par caisse de base.

Article R611-30

I. # Sont électeurs au conseil d'administration d'une caisse de base commune aux groupes professionnels des artisans, des industriels et commerçants :

les assurés, bénéficiaires des prestations maladie et maternité ;

les affiliés cotisants et retraités aux régimes d'assurances vieillesse, invalidité-décès des artisans, des industriels et commerçants ;

les assurés volontaires.

II. # Sont électeurs au conseil d'administration de la caisse de base du groupe des professions libérales les assurés bénéficiaires des prestations maladies et maternité.

III. # Sont électeurs aux conseils d'administration des caisses de base des départements d'outre-mer les électeurs mentionnés au I et au II du présent article.

Article R611-31

I. # Les membres des conseils d'administration des caisses de base sont élus au scrutin de liste, à la représentation proportionnelle, sans panachage ni vote préférentiel, suivant la règle de la plus forte moyenne.

Au cas où il ne reste qu'un seul siège à attribuer, si deux listes ont la même moyenne, le siège revient à la liste qui a obtenu le plus grand nombre de suffrages.

Si les deux listes en cause ont le même nombre de suffrages, le siège est attribué au plus âgé des deux candidats susceptibles d'être proclamés élus.

II. # Les membres du conseil d'administration de la caisse de base des professions libérales de France métropolitaine sont élus ainsi que leurs suppléants au scrutin uninominal ou plurinominal dans le cadre de circonscriptions regroupant une ou plusieurs régions conformément au tableau figurant en annexe 3 du présent chapitre.

Article R611-32

Les élections sont organisées pour chaque caisse de base par une commission dite commission d'organisation électorale. Cette commission a son siège à la caisse de base.

Article R611-33

La commission de l'organisation électorale comprend :

- 1° En tant que président, le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, ce dernier pouvant être le directeur de la caisse de base ;
- 2° Deux membres du conseil d'administration de la caisse, en exercice et désignés par celui-ci ;
- 3° Quatre électeurs de la caisse choisis par le président de la commission ;
- 4° Un agent représentant la Caisse nationale du régime social des indépendants, qui peut être un agent de direction de la caisse de base désigné par le directeur général de la caisse nationale ;
- 5° Le représentant du directeur régional des services postaux.

Toutefois, en ce qui concerne les départements d'outre-mer, le nombre des membres du conseil d'administration en exercice est fixé à trois, ainsi que celui des électeurs désignés par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, ce dernier pouvant être le directeur de la caisse de base.

La date de la première réunion de la commission d'organisation électorale est fixée par le directeur de la caisse de base. Elle a lieu au plus tard à la date du dépôt des listes électorales.

Article R611-34

La commission d'organisation électorale :

- 1° Détermine les sections de vote et fixe le siège des bureaux où les votes sont reçus ;
- 2° Etablit les listes électorales et statue sur les réclamations y afférentes ;
- 3° Reçoit et enregistre les candidatures ;
- 4° Contrôle la propagande électorale autre que celle organisée à l'échelon national ;
- 5° Diffuse les documents nécessaires à la campagne électorale et aux opérations de vote ;
- 6° Prend toutes mesures nécessaires à l'organisation des opérations électorales.

Article R611-35

Le président de la commission d'organisation électorale peut instituer dans la circonscription d'une caisse de base une ou plusieurs sous-commissions d'organisation électorale dont il fixe le siège.

Les sous-commissions d'organisation électorale sont présidées par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, ce dernier pouvant être le directeur de la caisse de base. Elles comprennent :

1° Deux membres du conseil d'administration de la caisse, en exercice et désignés par celui-ci ;

2° Quatre électeurs de la caisse de base choisis par le président de la commission ;

3° Un agent représentant la Caisse nationale du régime social des indépendants, qui peut être un agent de direction de la caisse de base désigné par le directeur général de la caisse nationale.

Toutefois, en ce qui concerne les départements d'outre-mer, le nombre des membres du conseil d'administration en exercice est fixé à trois, ainsi que celui des électeurs désignés par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, ce dernier pouvant être le directeur de la caisse de base.

Les sous-commissions d'organisation électorale sont compétentes pour exercer les attributions mentionnées aux 2° et 5° de l'article R. 611-34.

Article R611-36

Il est institué pour chaque caisse de base une commission de recensement des votes dont le siège est le même que celui de la commission d'organisation électorale.

La commission de recensement des votes comprend :

1° En tant que président, le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou son représentant, ce dernier pouvant être le directeur de la caisse de base ;

2° Les électeurs membres de la commission d'organisation électorale ;

3° Le représentant du directeur régional des services postaux.

La commission de recensement des votes totalise le nombre des suffrages obtenus par chaque liste ou chaque candidat et proclame les résultats.

Elle procède à tous contrôles et vérifications utiles.

Article R611-37

Le secrétariat des commissions et sous-commissions d'organisation électorale et des commissions de recensement des votes est assuré par les caisses de base. Celles-ci mettent à la disposition des commissions et sous-commissions, sur demande de leur président, les moyens en personnel et en locaux.

Participent avec voix consultative aux travaux des commissions et sous-commissions d'organisation électorale et des commissions de recensement des votes les représentants des listes ou des candidats en présence. Chaque liste ou chaque candidat désigne et fait connaître au préfet un représentant quarante-cinq jours au plus tard avant la date du scrutin.

Plusieurs listes ou plusieurs candidats peuvent désigner un représentant commun.

Les commissions et sous-commissions d'organisation électorale sont constituées à la diligence du directeur de la caisse de base, dès publication de l'arrêté fixant la date des élections, pour les premières, et pour les secondes, dès la décision les instituant.

Article R611-38

Les listes électorales sont déposées soixante jours au plus tard avant la date du scrutin.

Les listes électorales sont divisées en deux parties, l'une comportant les actifs ou cotisants, l'autre les retraités. L'ensemble des électeurs appartenant aux groupes professionnels des artisans, des industriels et commerçants forme un collège électoral unique.

La commission d'organisation électorale peut décider d'établir des listes par section de vote.

Article R611-39

La commission d'organisation électorale procède aux inscriptions sur les listes électorales, dans les conditions fixées à l'article R. 611-38.

Les conditions d'inscription sont appréciées au premier jour du semestre civil précédent celui de l'élection.

Les listes électorales sont aussitôt après leur établissement déposées au siège de la commission d'organisation électorale. Avis du dépôt est donné, avec indication de la date de celui-ci, par voie d'affichage et de presse.

Article R611-40

Dans les six jours qui suivent la dernière des deux dates mentionnées au dernier alinéa de l'article R. 611-39 toute personne mentionnée à l'article R. 611-30 peut demander la rectification de la liste.

Le même droit appartient au directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

La réclamation est adressée à la commission d'organisation électorale compétente. Celle-ci statue dans un délai de deux jours. Ses décisions sont notifiées aux intéressés dans un délai de trois jours par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans les trois jours qui suivent la date de réception de la notification, la décision de la commission d'organisation électorale peut être frappée de recours devant le tribunal d'instance dans le ressort duquel le réclamant a son domicile. Le recours formé par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants est porté devant le tribunal dans le ressort duquel est situé le siège de la caisse de base.

Le recours devant le tribunal d'instance est présenté dans les formes prévues à l'article R. 13, alinéa 1, du code électoral. Le tribunal statue dans les huit jours sans frais ni forme de procédure sur simple avertissement donné trois jours à l'avance à toutes les parties intéressées. Le pourvoi est formé et jugé selon les formes prévues aux articles R. 15-1 à R. 15-7 du code électoral.

Article R611-41

Les listes de candidats à élire au scrutin de liste sont divisées en deux parties comportant, l'une les candidats artisans, l'autre les candidats commerçants. Pour chacune de ces parties, les candidatures des actifs-cotisants et les candidatures des retraités sont présentées séparément.

Chaque liste doit comporter au moins un candidat actif-cotisant ou un candidat retraité par département de la circonscription de la caisse.

Le nombre de candidats de chacune de ces deux parties doit être égal à trois s'il n'y a qu'un administrateur à élire et, dans les autres cas, chacune des deux parties de la liste doit être égale à une fois et demie au moins et deux fois au plus le nombre d'administrateurs à élire, le résultat étant arrondi, le cas échéant, à l'unité supérieure.

Nul ne peut figurer sur plusieurs listes ou être candidat dans plusieurs circonscriptions.

Nul ne peut figurer comme suppléant sur plusieurs déclarations de candidature, ni être à la fois candidat et suppléant d'un autre candidat.

Article R611-42

Les listes de candidats et leur profession de foi sont déposées au siège de la commission d'organisation électorale au plus tard le quarantième jour avant le scrutin avant 19 heures. Un récépissé est délivré au déposant.

Si le quarantième jour tombe un jour non ouvrable, le dépôt est recevable jusqu'au premier jour ouvrable inclus qui suit.

Les candidats titulaires et les suppléants sont tenus de faire une déclaration revêtue de leur signature, énonçant leurs noms, prénoms, domicile, profession, date de naissance et leur rang d'inscription sur la liste.

Article R611-43

La commission d'organisation électorale refuse l'enregistrement de toute liste ou de toute candidature individuelle, lorsque ne se trouvent pas respectées les dispositions des articles R. 611-41 et R. 611-42.

La décision de refus d'enregistrement d'une liste ou la décision de radiation d'un candidat doit être motivée. Elle est notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au plus tard trente-huit jours avant la date de l'élection aux candidats placés en tête de chaque partie de liste dans le premier cas et à l'intéressé dans le second cas.

Le refus d'enregistrement peut être contesté dans les trois jours de sa notification au candidat tête de liste ou au candidat individuel et à son suppléant devant le tribunal d'instance dans le ressort duquel se trouve le siège de la commission d'organisation électorale.

Le juge d'instance statue dans un délai de huit jours.

La décision du juge d'instance n'est pas susceptible d'opposition.

Article R611-44

La commission d'organisation électorale demande au juge d'instance dans le ressort duquel se trouve le siège de la caisse de prononcer la radiation de l'inscription de candidats inéligibles et d'opposer un refus d'enregistrement à toute liste ne comportant plus de ce fait le nombre minimal de candidats prévus à l'article R. 611-41. Les dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article R. 611-43 sont applicables au juge d'instance.

Article R611-45

La campagne électorale s'ouvre le quatorzième jour précédant la date du scrutin et est close le deuxième jour précédant cette date.

Article R611-45-1

Pour assurer l'égalité de moyens aux listes et candidats en présence, il est interdit à quiconque d'imprimer, de faire imprimer et d'utiliser sous quelque forme que ce soit des professions de foi, affiches et bulletins de vote en dehors des conditions fixées à l'article R. 611-45-2.

Il est interdit d'utiliser des documents autres que ceux prévus par l'article R. 611-45-2.

Article R611-45-2

Les professions de foi et bulletins de vote sont imprimés aux frais avancés par la caisse nationale, à la diligence de celle-ci et selon des modalités qu'elle fixe.

Les affiches sont imprimées à la diligence des candidats par l'imprimeur de leur choix, au vu d'une autorisation de la commission d'organisation électorale. Celle-ci fixe de la même manière pour tous les candidats le nombre d'exemplaires, les formats et la qualité du papier de ces documents.

L'autorisation d'impression des professions de foi et des affiches est délivrée par la commission d'organisation électorale vingt-quatre jours au moins avant la date des élections.

La commission d'organisation électorale envoie les professions de foi et instruments de vote aux électeurs sept jours au moins avant la date de l'élection.

Article R611-45-3

Le coût du papier et les frais d'impression des affiches sont remboursés par la caisse de base, sur instruction de la commission d'organisation électorale, aux listes de candidats ou aux candidats ayant obtenu au moins 10 % des suffrages exprimés ou au moins un siège, dans la limite d'un tarif établi par la commission d'organisation électorale et porté à la connaissance des intéressés lors de la remise de l'autorisation de commande.

Les listes de candidats ou les candidats ayant obtenu moins de 10 % des suffrages exprimés et n'ayant pas obtenu de siège devront, sur instruction de la commission d'organisation électorale, rembourser à la caisse nationale les frais d'impression des professions de foi, sur la base du montant correspondant au rapport entre le nombre d'électeurs dans la circonscription et le coût unitaire d'impression de la profession de foi tel que facturé par le prestataire choisi par la caisse nationale.

Article R611-45-4

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le contenu du matériel de vote et le format des professions de foi.

Article R611-46

Le vote a lieu par correspondance.

L'étiquette autocollante à codes à barres identifiant soit la liste de candidats, soit le ou les candidats de son choix est collée par l'électeur sur l'emplacement prévu à cet effet sur le bulletin de vote.

Le vote doit être remis au service postal au plus tard le jour de l'élection. L'envoi postal est accepté avec dispense d'affranchissement. Tout envoi postérieur à la date de l'élection (le cachet de la poste faisant foi) n'entre en compte ni pour le recensement ni pour le dépouillement des votes.

Article R611-47

Les votes sont reçus au siège de la commission de recensement des votes. Ils y sont classés et conservés dans un local clos, sous la responsabilité du président de la commission de recensement des votes.

Le dépouillement a lieu le quatrième jour suivant la date des élections.

Les opérations de dépouillement commencent à huit heures du matin et se poursuivent sans désemparer jusqu'à leur achèvement.

Le dépouillement est fait publiquement, sous la responsabilité de la commission de recensement des votes, par des bureaux de dépouillement comprenant au moins quatre scrutateurs ou, en ce qui concerne les élections qui ont eu lieu dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, au moins trois scrutateurs désignés comme il est dit ci-après.

La commission de recensement des votes invite les candidats à lui adresser sept jours au plus tard avant la date de l'élection une liste d'électeurs, dont le nombre est fixé par la commission en fonction du nombre d'électeurs inscrits. Les scrutateurs sont choisis par la commission de recensement des votes, le cas échéant par tirage au sort, parmi les personnes figurant sur ces listes et les électeurs qui se sont inscrits auprès de la commission de recensement des votes pour participer aux opérations. A défaut d'un nombre suffisant de scrutateurs, le président de la commission désigne des agents de la caisse ou des administrations publiques pour compléter les bureaux de dépouillement.

Article R611-47-1

L'émargement des électeurs et le dépouillement des votes s'effectuent par un dispositif électronique de lecture optique de codes à barres permettant le recensement des votes et l'expression du suffrage.

Les supports comportant les codes à barres sont conçus de manière à assurer leur inaltérabilité.

Le dispositif assure un traitement automatisé et séparé des données qui empêche tout lien entre l'identité de l'électeur et l'expression de son vote et garantit le secret du vote, sa confidentialité et sa sincérité. Un expert inscrit sur la liste établie par la Cour de cassation ou un expert inscrit sur les listes établies par les cours d'appel est désigné par la caisse nationale afin de vérifier, avant l'élection, que le système informatique qui sera utilisé respecte les dispositions du présent article. Le rapport de l'expert est communiqué à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Un test du système de décompte électronique est organisé par la commission de recensement des votes avant l'ouverture du scrutin afin de constater son bon fonctionnement ainsi que la présence du dispositif de scellement.

En cas de recours à un prestataire extérieur, le cahier des charges doit respecter les dispositions du présent article.

Article R611-47-2

Les données à caractère personnel relatives à chaque électeur nécessaires au traitement automatisé sont :

- 1° Le nom de famille ;
- 2° Le ou les prénoms ;
- 3° La date de naissance ;
- 4° L'adresse de sa résidence principale ;
- 5° La caisse de rattachement ;
- 6° Le groupe professionnel auquel il appartient ;
- 7° La qualité d'actif cotisant ou de retraité.

Les droits d'accès et de rectification des données personnelles faisant l'objet du traitement automatisé fixés par les articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exercent auprès de la commission d'organisation électorale mentionnée à l'article R. 611-34.

Article R611-47-3

Les opérations d'émargement et de dépouillement sont réalisées sous le contrôle de la commission de recensement des votes assistée, s'il y a lieu, de l'expert informatique désigné.

Le système de décompte électronique des votes est verrouillé après la décision de clôture du dépouillement prise par la commission de recensement des votes.

Article R611-47-4

Sont comptabilisés comme nuls et n'entrent pas en compte dans les résultats de l'élection :

- 1° Les bulletins de vote comportant des codes à barres autres que ceux fournis par la commission d'organisation électorale ;
- 2° Les bulletins de vote comportant un nombre de codes à barres supérieur à celui à apposer pour identifier soit la liste, soit le ou les candidats à élire ;
- 3° Les bulletins de vote ou codes à barres détériorés empêchant tout traitement du vote ;
- 4° Les bulletins de vote comportant des codes à barres rayés ;
- 5° Les bulletins de vote comportant une mention, un signe distinctif ou une modification ;

6° Les bulletins de vote multiples adressés par un même électeur ;

7° Les bulletins de vote parvenus sans code à barres identifiant soit la liste, soit le ou les candidats à élire.

Les bulletins de vote considérés comme des bulletins de vote nuls font l'objet d'une annexion au procès-verbal des opérations électorales.

Les votes parvenus au service postal après la date de l'élection, le cachet de la poste faisant foi, sont mis à part sans être traités et sans que le nom des électeurs dont ils émanent soit émargé sur les listes électorales.

Article R611-48

Les dispositions du premier alinéa de l'article R. 47 et des articles R. 52, R. 66, R. 67, à l'exception de son dernier alinéa, et R. 68 du code électoral sont applicables à ces élections, les pouvoirs conférés par ces dispositions au bureau de vote sont exercés par la commission de recensement des votes.

La commission de recensement des votes totalise le nombre de suffrages obtenus par chaque liste ou candidat, détermine le quotient électoral, calcule le nombre de sièges obtenus par chaque liste et proclame les résultats.

En cas de scrutin uninominal, elle proclame élus le ou les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. En cas d'égalité des suffrages, le candidat le plus âgé est déclaré élu.

Elle établit sans délai le procès-verbal des opérations auxquelles elle a procédé. Ce procès-verbal est affiché aux sièges de la commission de recensement des votes de la caisse de base. L'original de ce procès-verbal est remis au directeur de la caisse de base et conservé par celui-ci avec les archives de la commission de recensement des votes.

Article R611-48-1

Les décomptes des votes font l'objet d'une édition sécurisée pour être portés au procès-verbal de l'élection.

La liste d'émargement comporte uniquement l'identité des électeurs ainsi que la mention attestant leur participation au vote. Elle est enregistrée sur un support scellé, non réinscriptible, rendant ainsi son contenu inaltérable et probant.

Article R611-48-2

Les bulletins de vote ainsi que les données contenues dans les systèmes d'identification mentionnés à l'article R. 611-47-1 sont conservés sous scellés sous le contrôle de la commission de recensement des votes jusqu'à l'expiration des délais de recours contentieux ou jusqu'à l'intervention d'une décision juridictionnelle devenue définitive. Ils sont détruits à l'expiration de ces délais.

Ces opérations sont décidées et réalisées sous le contrôle du président de la commission de recensement des votes.

Article R611-49

Les réclamations contre les résultats des élections sont portées dans les dix jours suivant leur proclamation devant le tribunal d'instance dans le ressort duquel se trouve le siège de la commission de recensement. Elles sont introduites par simple déclaration au greffe.

La réclamation peut être portée par tout électeur ou candidat ainsi que par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Le tribunal statue dans les trente jours de l'enregistrement de la réclamation sans forme de procédure, sur simple avertissement donné trois jours à l'avance à toutes les parties intéressées.

La décision du tribunal est rendue en dernier ressort. Elle est notifiée aux parties intéressées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La décision du tribunal est susceptible de pourvoi en cassation. Le pourvoi est formé, instruit et jugé selon les formes prévues aux articles R. 15-1 à R. 15-6 du code électoral.

Article R611-50

Sera puni des peines prévues pour les contraventions de la 5e classe :

1° Quiconque aura enfreint les dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 611-45 ;

2° Quiconque aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte à la sécurité et au secret des votes pendant les opérations définies au premier alinéa de l'article R. 611-47 ;

3° Quiconque aura commis l'une ou l'autre des infractions définies aux articles L. 50, L. 61, L. 86, L. 87, L. 88, L. 90, à l'exception des deux derniers alinéas, L. 92, L. 93, L. 94, L. 97, L. 103, L. 104, L. 106, L. 107, L. 108, du premier alinéa de l'article L. 113, du premier alinéa de l'article L. 116 et de l'article R. 95 du code électoral, à l'occasion des élections des membres des conseils d'administration des caisses de base.

Article R611-51

Lorsqu'un siège d'un membre du conseil d'administration élu au scrutin de liste devient vacant, il est pourvu à la vacance en faisant appel au candidat venant en rang utile sur la liste de l'ancien titulaire pour achever le mandat de celui-ci.

Lorsque cette liste est épuisée, il n'est pas procédé au remplacement des administrateurs qui y figuraient.

Lorsqu'un siège de membre du conseil d'administration d'une caisse du groupe des professions libérales nommé ou élu au scrutin uninominal devient vacant, il est pourvu par le suppléant de ce membre, qui achève le mandat du titulaire qu'il remplace.

Lorsque les dispositions des deux alinéas qui précèdent ne peuvent recevoir application, il est procédé sans délai, dans les conditions prévues par l'article R. 611-31, à l'élection d'un nouveau membre qui achève le mandat de son prédécesseur. Toutefois, il n'y a pas lieu à élection si la vacance survient moins d'un an avant un renouvellement général.

Article R611-52

Lorsqu'un conseil d'administration a été dissous ou que le nombre de ses membres élus représentant les assurés se trouve, après épuisement de la liste, réduit, par suite de décès, démission ou déchéance, de plus de la moitié, il est procédé à de nouvelles élections, totales ou partielles suivant le cas, dans un délai de quatre mois. Il n'y a pas lieu à de nouvelles élections lorsqu'un renouvellement général doit intervenir dans moins de six mois.

Les nouveaux membres élus achèvent le mandat de leurs prédécesseurs.

Sous-section 6 : Directeur, agent comptable et autres agents de direction.

Article R611-53

Les fonctions de directeur et d'agent comptable ne peuvent être confiées qu'à des personnes majeures, jouissant de leurs droits civils et civiques, et n'ayant pas fait l'objet de condamnations ou de sanctions prévues à l'article 1er de la loi n° 47-1635 du 30 août 1947 modifiée.

Article R611-56

Au vu de l'avis de la section du comité des carrières des agents de direction, le directeur général de la caisse nationale établit la liste de trois noms prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 611-14 parmi les candidatures recevables transmises par le secrétaire de la section du comité des carrières. Cette liste est adressée par le directeur général de la caisse nationale, dans un délai de huit jours à compter de la réception des avis du comité des carrières, au président du conseil d'administration de l'organisme dont le poste est à pourvoir.

Le directeur général de la caisse nationale informe chaque candidat de la présence ou de l'absence de son nom sur la liste.

Les trois candidats sont entendus par le président et au moins un vice-président du conseil d'administration. Le conseil d'administration dispose d'un délai d'un mois pour notifier le nom du candidat de son choix au directeur général de la caisse nationale, qui procède alors à la nomination.

Le secrétariat de la section du comité des carrières des agents de direction communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés de la section du comité.

Article R611-57

Le directeur général de la caisse nationale qui envisage, pour un motif tiré de l'intérêt du service, de prendre une décision de cessation de fonction d'un directeur ou d'un agent comptable d'une caisse de base, en application du II de l'article L. 611-14, recueille préalablement l'avis du président du conseil d'administration de la caisse intéressée et en informe le service mentionné à l'article R. 155-1 ainsi que le président du conseil d'administration de la caisse nationale.

Il convoque l'intéressé à un entretien par lettre recommandée avec demande d'avis de réception indiquant l'objet de la convocation en lui précisant qu'il peut se faire assister par une personne de son choix. Cet entretien ne peut avoir lieu moins de dix jours après la notification de cette lettre. Au cours de cet entretien, le directeur général informe l'intéressé de la décision envisagée et recueille ses observations.

Après avoir pris connaissance des avis demandés, et au plus tard dans les quinze jours suivant l'entretien, le directeur général notifie sa décision motivée de cessation de fonctions à l'agent concerné, au président du conseil d'administration de la caisse de base ainsi qu'au service mentionné à l'article R. 155-1.

Jusqu'à son reclassement dans un organisme de sécurité sociale, dans les conditions prévues par la convention collective, l'intéressé est rattaché pour sa gestion, pour une période qui ne saurait excéder six mois, à la caisse nationale. Durant cette période, il se voit confier par la caisse nationale une mission correspondant à sa qualification et à ses compétences. Il peut effectuer cette mission au sein d'une caisse de base. Il bénéficie durant cette période du maintien de l'ensemble des éléments de la rémunération qu'il percevait dans ses fonctions précédentes. Il lui est fait application des dispositions prévues par la convention collective pour sa nomination dans son nouveau poste.

Article R611-58

Le conseil d'administration ou le directeur général de la caisse nationale peut proposer au ministre chargé de la sécurité sociale le retrait d'agrément d'un agent de direction ou de l'agent comptable d'une caisse prévu à l'article R. 123-50.

Article R611-59

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur.

L'agent comptable est chargé, sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, de l'ensemble des opérations comptables et financières de la caisse.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, les comptes annuels de la caisse sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration qui les approuve, sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres, au vu du rapport de validation prévu à l'article D. 114-4-2.

Toute décision individuelle prise en matière de gestion du personnel est communiquée à l'agent comptable qui porte mention de la disponibilité des crédits correspondants et de sa conformité aux autorisations budgétaires.

Sous-section 7 : Dispositions communes aux caisses de base.

Article R611-61

Les personnes qui relèvent des branches et régimes mentionnés à l'article L. 611-2 sont affiliées par la caisse de base dans la circonscription de laquelle est située leur résidence principale.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales peut apporter à la règle énoncée ci-dessus des dérogations motivées par l'état de santé ou la nature des activités des assurés ou par leur résidence hors de France.

Article R611-62

Les dispositions des articles R. 151-1 à R. 151-4, R. 153-8, R. 153-9, R. 281-1 à R. 281-4 et R. 281-7 sont applicables aux caisses de base.

Pour l'application aux caisses de base des dispositions des articles L. 151-1 et R. 151-1, la Caisse nationale est la caisse nationale du régime social des indépendants.

Les dispositions de l'article R. 151-3 sont applicables aux décisions prises par le directeur d'une caisse de base agissant soit par délégation du conseil d'administration, soit en vertu de ses pouvoirs propres. Ces dispositions sont également applicables aux décisions de même nature prises par les agents auxquels le directeur a donné délégation, conformément aux dispositions en vigueur, ou par l'agent chargé de l'intérim des fonctions de directeur.

Article R611-62-1

Les dispositions de l'article R. 217-12 sont applicables aux directeurs des caisses de base.

Section 4 : Contrôle

Sous-section 2 : Les praticiens-conseils et le personnel du contrôle médical.

Article R611-63

Le médecin-conseil national anime, contrôle et coordonne les services médicaux des caisses de base.

Le médecin-conseil national est nommé par le directeur général de la caisse nationale après avis du conseil d'administration.

Il est assisté au plus de deux médecins-conseils nationaux adjoints et éventuellement de praticiens-conseils auxquels il peut confier certaines attributions d'ordre technique.

Les médecins-conseils nationaux adjoints et les praticiens-conseils du service médical national sont nommés par le directeur général de la caisse nationale, sur proposition du médecin-conseil national et après avis du conseil d'administration.

Article R611-63-1

Le service du contrôle médical régional de chaque caisse de base est placé sous l'autorité d'un médecin-conseil régional, assisté, le cas échéant, d'un médecin-conseil régional adjoint.

Dans les caisses de base comportant moins de 60 000 ressortissants, le service du contrôle médical peut être placé sous l'autorité d'un médecin-conseil régional adjoint ou d'un médecin-conseil chef de service.

Le médecin-conseil régional et le médecin-conseil régional adjoint sont nommés par le conseil d'administration de la caisse de base. Ils sont choisis sur une liste de trois noms établie par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants, après avis du médecin-conseil national, à partir des candidatures ayant reçu un avis favorable du comité des carrières prévu à l'article R. 123-47-6.

Les praticiens-conseils chefs de service sont choisis sur une liste d'aptitude. Ils sont nommés par le conseil d'administration de la caisse de base, sur proposition du médecin-conseil régional et après avis du directeur de la caisse de base et du médecin-conseil national.

Les modalités d'inscription sur la liste d'aptitude mentionnée au premier alinéa sont précisées par la convention collective nationale des praticiens-conseils.

Les praticiens-conseils reçus aux concours organisés dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale sont nommés par le-conseil d'administration de la caisse de base concernée, sur proposition du médecin-conseil régional et après avis du directeur de la caisse de base.

Il peut être fait appel dans des conditions définies par la caisse nationale au concours occasionnel ou permanent de praticiens qui ne sont pas soumis aux dispositions de la convention collective.

Par dérogation aux dispositions du quatrième alinéa du présent article, le-conseil d'administration de la caisse de base peut nommer aux postes de praticiens-conseils du service du contrôle médical de la caisse des praticiens-conseils exerçant auparavant dans le service du contrôle médical d'autres régimes de sécurité sociale. Cette nomination tient compte notamment du parcours professionnel des praticiens-conseils concernés.

L'article R. 315-7 est applicable aux praticiens-conseils des caisses du régime social des indépendants.

Article R611-64

Le médecin-conseil régional dirige le service du contrôle médical placé sous son autorité, compte tenu des directives de la caisse nationale.

Il est le conseiller de la caisse pour toutes les questions d'ordre médical, notamment en matière de prévention et d'action sanitaire et sociale.

Il est associé à l'élaboration de la partie du budget relative au service du contrôle médical.

Il est consulté sur les projets de construction et d'aménagement qui intéressent le service du contrôle médical.

Article R611-65

Le médecin-conseil régional présente chaque année un rapport d'activité du service du contrôle médical au conseil d'administration de la caisse de base. Ce rapport, auquel sont éventuellement jointes les observations faites par la caisse de base, est ensuite adressé à la caisse nationale et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Article R611-66

Le médecin-conseil régional ou, le cas échéant, le médecin-conseil régional adjoint ou le médecin-conseil chef de service sont invités à assister aux séances du conseil d'administration de la caisse de base, de la commission de recours amiable, de la commission sanitaire et sociale ainsi que de toute commission dans

laquelle sont traités des sujets ayant un aspect médical. Ils ne peuvent toutefois assister aux séances du conseil d'administration, lorsque celui-ci délibère sur leur situation.

Article R611-67

Le personnel administratif du service du contrôle médical est soumis aux mêmes conditions de travail et de rémunération que le personnel des autres services de la caisse de base. Les décisions individuelles concernant le personnel administratif du service du contrôle médical, y compris celles relatives au recrutement, sont prises après avis du médecin-conseil régional.

Section 5 : Dispositions communes à la caisse nationale et aux caisses de base

Article R611-68

I. # Les dispositions des articles R. 217-1 à R. 217-3, R. 281-1 à R. 281-3, R. 281-4, R. 281-7 sont applicables aux organismes de sécurité sociale créés par le présent titre.

II. # Le ministre chargé de la sécurité sociale peut faire procéder au contrôle sur place de la caisse nationale et des caisses de base.

Le contrôle est exercé par les membres de l'inspection générale des affaires sociales pour la caisse nationale et par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 pour les caisses de base.

Le ministre chargé du budget peut faire procéder aux mêmes vérifications par l'inspection générale des finances et les directeurs départementaux ou, le cas échéant, régionaux des finances publiques.

Les caisses sont tenues de communiquer aux fonctionnaires et agents chargés du contrôle sur place leurs documents administratifs et pièces comptables de toute nature.

III. # Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget et le ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales sont habilités à faire procéder à toutes enquêtes auprès de la caisse nationale et des caisses de base par les membres de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale des finances et le service du contrôle général économique et financier.

IV. # Les fonctions d'administrateurs sont gratuites. Toutefois, ceux-ci ont droit au remboursement des frais de déplacement et de séjour motivés par l'exercice de leur mandat. Une indemnité forfaitaire peut en outre leur être allouée pour tenir compte de la réduction d'activité professionnelle nécessitée par l'exercice des fonctions d'administrateur.

Les modalités de remboursement des frais de déplacement et de séjour ainsi que le montant maximum de l'indemnité forfaitaire sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

V. # Les administrateurs qui ne respectent pas les dispositions de l'article L. 231-6-1, à l'exception du 5° (a), deuxième alinéa, perdent le bénéfice de leur mandat.

Section 6 : Organisation financière et comptable

Sous-section 1 : Le régime financier.

Article R611-69

La Caisse nationale du régime social des indépendants assure au sein des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 611-7 :

1° Le service des prestations de chaque branche et de chaque régime ;

2° La gestion des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18.

Article R611-70

La caisse nationale distingue au sein de ses comptes les sections suivantes :

1° Pour la branche maladie mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 et le régime mentionné à l'article L. 613-20 :

a) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes de la branche afférentes au service des prestations de base versées aux personnes mentionnées aux articles L. 613-14, L. 613-19, L. 613-19-1 et L. 613-19-2, ainsi qu'à l'expertise médicale, au contrôle médical, à l'action sociale et à la promotion d'actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ;

b) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes de la branche afférentes au service des prestations supplémentaires mentionnées à l'article L. 613-20 ;

2° Pour la branche vieillesse mentionnée au 2° de l'article L. 611-2 et le régime mentionné à l'article L. 635-5 :

a) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes de la branche afférentes au service des prestations de base mentionnées au chapitre IV du titre III du présent livre au profit des professions artisanales ainsi qu'à l'action sociale ;

b) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes afférentes au service des prestations du régime d'assurance invalidité-décès mentionné à l'article L. 635-5 au profit des professions artisanales ainsi qu'à l'action sociale ;

3° Pour la branche vieillesse mentionnée au 3° de l'article L. 611-2 et le régime mentionné à l'article L. 635-5 :

a) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes afférentes au service des prestations d'assurance vieillesse de base mentionnées au chapitre IV du titre III du présent livre au profit des professions industrielles et commerciales ainsi qu'à l'action sociale ;

b) Une section retraçant la part des dépenses et des recettes afférentes au service des prestations du régime d'assurance invalidité-décès mentionné à l'article L. 635-5 au profit des professions industrielles et commerciales ainsi qu'à l'action sociale ;

4° Une section retraçant la part des dépenses et des recettes afférentes au service des prestations du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse mentionné à l'article L. 635-1.

Article R611-71

I. # Les ressources de la branche maladie mentionnée au 1° de l'article L. 611-2, retracées dans la section décrite au a du 1° de l'article R. 611-70, sont constituées par :

1° Le produit des cotisations de base et des contributions des assurés du régime de base, ainsi que les majorations et pénalités de retard ;

2° Le produit des cotisations des assurés de l'assurance volontaire ;

3° Une fraction du produit de la contribution sociale de solidarité instituée par l'article L. 651-1 ;

4° Le produit des versements effectués au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;

5° Une part des produits financiers résultant de la gestion centralisée de la trésorerie par la caisse nationale ;

6° Le produit des remboursements des dépenses de prestations perçus par les caisses de base en application de l'article L. 376-1 ;

7° Les dons et legs ;

8° Toute autre recette instituée par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

II. # Les dépenses de la branche maladie mentionnée au 1° de l'article L. 611-2, retracées dans la section décrite au a du 1° de l'article R. 611-70, sont constituées par :

1° Les dotations et, éventuellement, les subventions et avances versées aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations maladie et maternité, ainsi que les charges diverses en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;

2° La part des charges de fonctionnement y compris les remises de gestion versées aux organismes conventionnés, des dépenses en capital ainsi que des dépenses d'intervention des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18 versées à la caisse nationale et aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations de base mentionnées au a du 1° de l'article R. 611-70 ;

3° Le montant des versements effectués au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;

4° Une part des charges financières résultant de la gestion centralisée de la trésorerie par la caisse nationale ;

5° Toute autre charge instituée en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article R611-72

I. # Les ressources du régime mentionné à l'article L. 613-20, retracées dans la section décrite au b du 1° de l'article R. 611-70, sont constituées par :

1° Le produit des cotisations supplémentaires des assurés, ainsi que les majorations et pénalités de retard ;

2° Le produit des remboursements des dépenses de prestations supplémentaires perçus par les caisses de base en application de l'article L. 376-1 ;

3° Les produits financiers ;

4° Les dons et legs ;

5° Toute autre recette instituée par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

II. # Les dépenses du régime mentionné à l'article L. 613-20, retracées dans la section décrite au b du 1° de l'article R. 611-70, sont constituées par :

1° Les dotations et, éventuellement, les subventions et avances versées aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations supplémentaires ;

2° La part des charges de fonctionnement et des dépenses en capital des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18 versées à la caisse nationale et aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8, au titre du service des prestations supplémentaires ;

3° Toute autre charge instituée en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article R611-73

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe la clé de répartition des charges de fonctionnement et des dépenses en capital des budgets de gestion et, le cas échéant, des budgets d'intervention mentionnés au 5° du I de l'article R. 611-18 entre les différentes sections mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article R. 611-70.

Article R611-74

Les excédents de chaque branche et régime gérés par le régime social des indépendants ne peuvent compenser les déficits des autres branches et des autres régimes.

Les excédents d'une des sections mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article R. 611-70 ne peuvent compenser les déficits d'une autre section.

Article R611-75

Le résultat d'une branche ou d'un régime mentionnés à l'article L. 611-2 est viré en report à nouveau ou en réserve de cette branche ou de ce régime, avec une ventilation entre les sections définies aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article R. 611-70.

Article R611-76

Les ressources de chaque branche ou régime mentionnés à l'article L. 611-2 sont collectées et centralisées par la caisse nationale.

La caisse nationale assure un suivi individualisé et permanent de chaque branche et de chaque régime, en prévisions et en réalisations comptables.

Article R611-77

I. # Les circuits financiers du régime social des indépendants sont organisés de façon à garantir l'étanchéité entre les flux relatifs aux encaissements et ceux relatifs aux prestations et autres dépenses.

II. # Les encaissements effectués par chaque caisse de base alimentent sans délai les comptes financiers ouverts par la caisse nationale pour chaque branche ou régime mentionnés à l'article L. 611-2.

Les encaissements sont répartis par la caisse nationale entre le régime de base et les régimes complémentaires.

Les encaissements afférents au régime de base sont virés sur le compte financier unique de la caisse nationale.

III. # Afin de permettre aux caisses de base d'assurer le paiement de leurs dépenses, la caisse nationale alimente leurs comptes financiers en fonction de leurs besoins de trésorerie.

IV. # Les relations entre la caisse nationale et les établissements financiers sont régies par le principe de libre concurrence.

V. # Les excédents de trésorerie constatés sur l'ensemble des branches et régimes mentionnés à l'article L. 611-2 font l'objet de placements.

Le placement des excédents de trésorerie relatifs aux branches mentionnés à l'article L. 611-2 est effectué dans le cadre de la gestion centralisée de la trésorerie. Les produits et charges financiers correspondants sont répartis entre les branches par la caisse nationale.

Les excédents de trésorerie relatifs aux régimes mentionnés à l'article L. 611-2 font l'objet de placements spécifiques. Les produits et charges financiers correspondants sont affectés à chacun des régimes concernés.

VI. # Les dispositions du présent article sont précisées par décret.

Sous-section 2 : Les règles comptables.

Article R611-78

L'agent comptable de la caisse nationale centralise les comptes annuels des caisses de base afin d'établir les comptes combinés annuels du régime social des indépendants.

Les comptes annuels et les comptes combinés annuels comprennent :

1° Un compte de résultat qui récapitule les charges et les produits de chaque branche et de chaque régime mentionnés à l'article L. 611-2 ;

2° Un bilan qui décrit séparément les éléments d'actifs et de passif de chacune de ces branches et de chacun de ces régimes ;

3° Une annexe qui complète et commente l'information donnée par le bilan et le compte de résultat.

Les dispositions du présent article sont précisées par décret.

Section 7 : Organismes conventionnés.

Article R611-79

I. # La Caisse nationale du régime social des indépendants conclut une convention avec les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 auxquels elle entend confier le soin d'effectuer, pour le compte des caisses de base, les opérations mentionnées au même article.

Cette convention est conforme à une convention type établie par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis du conseil d'administration de la caisse nationale.

Elle prévoit la ou les circonscriptions géographiques d'intervention de l'organisme.

II. # Pour pouvoir conclure la convention mentionnée au premier alinéa du I, les organismes mentionnés à l'article L. 611-20 doivent remplir les conditions suivantes :

1° Appartenir à l'une des catégories ci-après énumérées :

a) Organismes régis par le code de la mutualité et habilités par leurs statuts à effectuer les opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;

b) Sociétés d'assurances régies par le code des assurances qui sont agréées pour effectuer ces mêmes opérations ;

c) Groupements constitués par ces sociétés d'assurances, en vue de l'exécution de ces opérations, dont les statuts sont conformes à des statuts types fixés par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale ;

d) Organismes de sécurité sociale de base régis par le présent code ;

2° Présenter des garanties de leur aptitude à remplir d'une manière économique et efficace les obligations qui leur incomberaient dans leur participation à la gestion du régime ;

3° Disposer d'une comptabilité analytique permettant d'identifier les dépenses de gestion afférentes à l'accomplissement des opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;

4° Justifier qu'ils disposent de garanties, notamment par la souscription d'un contrat de cautionnement, permettant de couvrir à l'égard de la caisse nationale les risques résultant des erreurs, fautes ou malversations des personnes chargées de tenir les comptes financiers prévus à l'article R. 611-89 ;

5° Disposer d'une structure d'accueil et d'information dans chacune des circonscriptions territoriales des caisses de base dans lesquelles il est prévu que l'organisme assure les opérations mentionnées à l'article L. 611-20.

Article R611-80

I. # En vue de conclure la convention mentionnée au premier alinéa du I de l'article R. 611-79, l'organisme adresse une demande de conventionnement à la caisse nationale.

II. # Dès la réception de cette demande, la caisse nationale envoie un accusé de réception à l'organisme demandeur et lui fait connaître la liste des pièces et informations à fournir.

III. # Dans le délai d'un mois à compter de la réception du dossier complet, la caisse nationale notifie à l'organisme, par lettre recommandée avec accusé de réception, sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement. En cas de refus de conventionnement, cette décision doit être motivée.

IV. # Les décisions de conventionnement ou de refus de conventionnement sont immédiatement communiquées au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Chacun des deux ministres, s'il estime qu'une des conditions mentionnées à l'article R. 611-79 n'est pas remplie, peut faire opposition à une décision de conventionnement dans le délai d'un mois à compter de la date à laquelle elle lui a été communiquée. A défaut d'opposition notifiée dans ce délai, la décision de la caisse nationale prend son entier effet.

Article R611-81

La convention est signée par le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants et par les représentants des organismes mentionnés à l'article L. 611-20, conformément à leur statut.

Article R611-82

La convention type prévue au second alinéa du I de l'article R. 611-79 fixe :

1° Les modalités suivant lesquelles les organismes conventionnés s'acquittent des obligations qui leur incombent en vertu des textes législatifs et réglementaires pris pour l'application du présent titre ;

2° La durée, qui ne peut être inférieure à quatre ans, les conditions de dénonciation et les modalités de renouvellement des conventions conclues entre la caisse nationale et les organismes auxquels celle-ci confie l'exécution des opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;

3° Les modalités de suivi par la caisse nationale et les caisses de base de la réalisation des objectifs fixés dans les contrats prévus à l'article R. 611-87 ;

4° L'organisation du contrôle des organismes conventionnés par la caisse nationale et les caisses de base.

Elle comporte des clauses obligatoires et des clauses facultatives.

Article R611-83

I. # La caisse nationale et les caisses de base s'assurent que les organismes remplissent les conditions prévues au II de l'article R. 611-79.

II. # La convention mentionnée au premier alinéa du I de l'article R. 611-79 est résiliée dans les cas suivants :

1° L'organisme cesse de remplir les conditions prévues à l'article R. 611-79 ;

2° Pendant une durée de deux années consécutives, indépendamment de l'éventuel renouvellement de la convention, l'organisme n'a pas atteint un effectif de 23 000 bénéficiaires des prestations d'assurance maladie ou un effectif de 15 000 cotisants à l'assurance maladie des professions libérales ;

3° En cas de mauvaise gestion, d'obstacle à contrôle ou d'organisation technique rendant ce contrôle impossible.

III. # Lorsqu'il constate l'une des situations mentionnées au II, le directeur général de la caisse nationale du régime social des indépendants avertit l'organisme conventionné par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier la convention. L'organisme dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de cette lettre pour présenter ses observations à la caisse nationale. A compter de la date de réception de ces observations ou, le cas échéant, à l'expiration de ce délai, le directeur général de la caisse nationale dispose d'un délai d'un mois pour notifier sa décision à l'organisme conventionné. A défaut de

décision du directeur général de la caisse nationale dans ce délai, la procédure de résiliation est réputée abandonnée.

La décision de résiliation est motivée.

Article R611-84

Lorsque des organismes conventionnés décident de fusionner, ils avertissent la caisse nationale de ce projet. Sauf décision contraire de la caisse nationale intervenant dans le délai de deux mois, l'organisme résultant de la fusion est conventionné, dès lors qu'il remplit les conditions prévues à l'article R. 611-79.

Article R611-85

La convention d'objectifs et de moyens mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 611-21, conclue entre la caisse nationale et chacun des organes nationaux représentant les organismes conventionnés, fixe :

- 1° Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires pour l'accomplissement des opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;
- 2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;
- 3° Les objectifs liés à l'amélioration du rendement des organismes conventionnés et des conditions d'exécution de leurs missions ;
- 4° Le montant des remises de gestion accordées en contrepartie des activités confiées aux organismes conventionnés ainsi que les modalités et le calendrier de leur versement aux organes nationaux qui les représentent ;
- 5° Les modalités de suivi et d'évaluation de la mise en oeuvre de la convention.

La convention prévoit les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

La caisse nationale adresse un bilan annuel d'exécution de la convention au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé du budget et au ministre chargé du commerce, de l'artisanat et des professions libérales.

Article R611-86

Un arrêté pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget, définit, compte tenu des objectifs et des moyens fixés dans la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 611-7 :

- 1° Les objectifs des organismes conventionnés liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires pour l'accomplissement des opérations mentionnées à l'article L. 611-20 ;
- 2° Les modalités de suivi et d'évaluation de l'exécution de ces opérations ;

3° Les modalités de détermination des remises de gestion accordées en contrepartie des activités confiées aux organismes conventionnés, ainsi que les modalités et le calendrier de leur versement aux organes nationaux qui les représentent.

Article R611-87

Les contrats locaux d'objectifs et de moyens mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 611-21, conclus entre les organismes conventionnés et les organes nationaux qui les représentent, fixent des objectifs portant sur l'amélioration et l'évaluation de l'exécution par les organismes conventionnés des opérations mentionnées à l'article L. 611-20.

Les contrats locaux d'objectifs et de moyens sont transmis à la Caisse nationale du régime social des indépendants et aux caisses de base concernées.

La Caisse nationale du régime social des indépendants et les caisses de base vérifient conjointement que l'organisme conventionné a atteint les objectifs fixés dans son contrat local.

Article R611-88

I. # En contrepartie des dépenses de gestion exposées pour assurer les opérations prévues à l'article L. 611-20, les organismes conventionnés reçoivent des remises de gestion.

Le montant global des remises de gestion est fixé dans la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 611-7, conclue entre l'Etat et la caisse nationale.

II. # Les conventions nationales d'objectifs et de moyens mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 611-21 déterminent les modalités communes de calcul des montants à attribuer aux organes nationaux représentant les organismes conventionnés en tenant compte notamment des éléments suivants :

1° Une part égale à 90 % du montant global des remises de gestion est répartie entre les organes nationaux en fonction du nombre de bénéficiaires et de cotisants affiliés auprès des organismes conventionnés qu'ils représentent ;

2° Une part égale à 10 % est, pour tout ou partie, répartie entre les organes nationaux, en fonction du nombre de bénéficiaires et de cotisants affiliés auprès des organismes conventionnés qu'ils représentent et compte tenu des résultats obtenus au regard des objectifs fixés par les conventions nationales d'objectifs et de moyens.

III. # Les organes nationaux répartissent les remises de gestion versées par la Caisse nationale du régime social des indépendants entre les organismes conventionnés qu'ils représentent.

Les organes nationaux informent la caisse nationale de cette répartition.

Article R611-89

Tout organisme conventionné dispose, pour chacune des caisses de base dans le ressort de laquelle il intervient, d'un compte destiné à assurer le paiement des prestations. Ce compte est alimenté à la diligence de l'agent comptable de la caisse de base sur production par l'organisme conventionné d'un état prévisionnel de dépenses et en fonction de ses besoins.

La caisse nationale fixe le mode d'établissement et de présentation des états prévisionnels de dépenses.

Chaque organisme conventionné adresse à la caisse de base, à des dates fixées par celle-ci, un double des décomptes ainsi qu'un bordereau récapitulatif, conformément aux modalités de présentation déterminées par la caisse nationale.

Lorsqu'il apparaît que des prestations versées par l'organisme conventionné correspondent à des sommes indûment payées, le montant en est imputé à ce dernier selon des dispositions prises par décret et fixant les modalités relatives à la responsabilité financière des organismes conventionnés.

Article R611-90

I. # Les dispositions des articles L. 154-1 et L. 154-2 et des II et III de l'article R. 611-68 sont applicables au contrôle des organismes conventionnés, sans préjudice des contrôles auxquels ceux-ci sont soumis en vertu de la législation dont ils relèvent.

II. # Le directeur général de la caisse nationale, conjointement avec les directeurs des caisses de base, contrôle, sur pièce et sur place, l'application par les organismes conventionnés mentionnés à l'article L. 611-20 des dispositions législatives et réglementaires et des stipulations conventionnelles, notamment en matière d'encaissement et de contentieux des cotisations maladie pour les professions libérales, de versement des prestations maladie et de respect des exigences des contrats signés par l'organisme conventionné pour l'exercice des fonctions qui lui sont confiées.

III. # Les directeurs et agents comptables des caisses de base procèdent, selon un plan d'action défini par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale, au contrôle de l'information comptable transmise par les organismes conventionnés en vue de l'établissement des comptes combinés prévus à l'article L. 114-6.

IV. # Les organismes conventionnés sont tenus de fournir à la caisse nationale et aux caisses de base de rattachement tous les documents nécessaires au contrôle de leur activité et à l'établissement, par la caisse nationale, d'un rapport annuel sur les coûts de fonctionnement comparés des organismes conventionnés.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 2 : Financement de la branche assurance maladie et maternité.

Section 3 : Recouvrement - Contrôle.

Article R612-1

Les dispositions de la présente section sont applicables aux cotisations des personnes assujetties au régime institué par le présent titre qui versent directement ces cotisations à l'organisme conventionné.

Article R612-3

Au cas où une dette a été réduite ou annulée par la commission de recours amiable ou à l'issue d'une procédure contentieuse, la caisse de base en avise sans délai la caisse nationale et l'organisme conventionné concerné.

Le cas échéant, la charge des frais de procédure engagés par l'organisme conventionné incombe à la caisse de base.

Article R612-8

Les règles fixées à la présente section et à la section 4 du présent chapitre sont applicables aux cotisations supplémentaires.

Section 4 : Contentieux et pénalités.

Article R612-9

La caisse de base du régime social des indépendants ou l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité adressent au cotisant défaillant une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, le mettant en demeure de régulariser sa situation dans le mois. La mise en demeure ne peut concerner que les cotisations échues dans les cinq années qui précèdent la date de son envoi.

La mise en demeure donne le détail des sommes réclamées au titre des cotisations, des majorations et des pénalités mentionnées à l'article R. 612-20 ou dues en cas de non-acquittement des cotisations à l'échéance. Elle précise que la dette peut être contestée dans un délai d'un mois par une réclamation adressée à la commission de recours amiable et accompagnée de la mise en demeure. Elle indique l'adresse de ladite commission.

Article R612-10

Dans le délai d'un mois prévu au deuxième alinéa de l'article R. 612-9, l'assuré peut se libérer de sa dette ou la contester devant la commission de recours amiable constituée auprès de la caisse de base dont il dépend.

Dans un délai de huit jours, la caisse avise l'organisme conventionné que la dette est contestée.

La caisse de base avise l'organisme conventionné de la décision prise par la commission de recours amiable au cas de contestation de la dette par un assuré.

Article R612-11

A défaut de règlement dans le délai d'un mois imparti par la mise en demeure, et sauf réclamation introduite dans le même délai devant la commission de recours amiable et reconnue fondée par ladite commission dans le délai d'un mois, l'organisme du régime social des indépendants chargé du contentieux ou l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité délivre une contrainte ou met en oeuvre l'une des procédures régies par les articles R. 612-12 et R. 612-13.

La contrainte est notifiée au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou lui est signifiée par acte d'huissier de justice. La lettre recommandée ou l'acte d'huissier mentionne, à peine de nullité, la référence de la contrainte et son montant, le délai dans lequel l'opposition doit être formée, l'adresse du tribunal des affaires de sécurité sociale compétent et les formes requises pour sa saisine. L'huissier avise dans les huit jours l'organisme conventionné de la date de la signification.

Le débiteur peut former opposition par inscription au secrétariat du tribunal des affaires de sécurité sociale dans le ressort duquel il est domicilié ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée au secrétariat dudit tribunal dans les quinze jours à compter de la signification ou de la notification. L'opposition doit être motivée ; une copie de la contrainte contestée doit lui être jointe. Le secrétariat du tribunal des affaires de sécurité sociale informe l'organisme créancier dans les huit jours de la réception de l'opposition.

Dès qu'il a connaissance de l'opposition, l'organisme du régime social des indépendants chargé du contentieux ou l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité adresse au secrétariat du tribunal des affaires de sécurité sociale une copie de la contrainte, accompagnée d'une copie de la mise en demeure qui a servi de base à l'établissement de la contrainte, ainsi que l'avis de réception, par le débiteur, de ladite mise en demeure.

La décision du tribunal des affaires de sécurité sociale, statuant sur opposition, est exécutoire de droit à titre provisoire.

Les frais de recouvrement afférents à la délivrance de la contrainte et aux actes qui lui font suite sont à la charge des débiteurs faisant l'objet desdites contraintes. Toutefois, ces frais sont, dans le cas d'opposition jugée fondée, à la charge soit de la caisse du régime social des indépendants chargée du contentieux, soit de l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, selon la responsabilité encourue.

Article R612-12

Le recouvrement des cotisations exigibles peut également faire l'objet d'une action civile portée par la caisse de base ou par l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité devant le tribunal des affaires de sécurité sociale compétent, en vertu des dispositions combinées des articles L. 244-2, L. 244-11 et L. 612-12.

Article R612-13

L'action en recouvrement peut aussi être poursuivie par la caisse de base ou par l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, devant les juridictions répressives, en application des dispositions combinées des articles L. 244-1, L. 244-2, L. 244-4, L. 244-7, L. 612-12, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-6.

Article R612-15

Le tribunal des affaires de sécurité sociale met en cause la caisse de base ou l'organisme conventionné pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité dans tous les cas où ils ne sont pas déjà présents dans l'instance, statue en dernier ressort jusqu'à concurrence du taux de compétence en dernier ressort fixé pour les tribunaux d'instance.

La décision du tribunal des affaires de sécurité sociale n'est pas susceptible d'opposition.

Article R612-16

Sous réserve des dispositions de l'article R. 612-15, les jugements intervenus en application de la présente section sont susceptibles d'appel de la part du ministère public et des parties.

Article R612-17

Les personnes qui se sont soustraites à leurs obligations en matière de cotisations sont poursuivies devant le tribunal de police ou le tribunal correctionnel en vertu des dispositions combinées des articles L. 244-1, L. 612-12, R. 244-4 et R. 244-5.

Article R612-18

Les organismes conventionnés, après s'être assurés que tous les renseignements nécessaires ont été fournis, font parvenir à la caisse de base du régime social des indépendants, au fur et à mesure de leur réception, et au plus tard dans les quinze jours, les déclarations qu'ils reçoivent.

Article R612-21

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les conditions dans lesquelles sont établis les documents statistiques relatifs au fonctionnement du régime, et notamment les obligations des organismes conventionnés en la matière.

Article R612-22

Les caisses de base du régime social des indépendants tiennent la liste de leurs assurés dont les activités comportent immatriculation simultanée au registre du commerce et au répertoire des métiers et la communiquent une fois par an à la caisse nationale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 3 : Champ d'application et prestations d'assurance maladie

Section 1 : Généralités

Sous-section 1 : Champ d'application.

Sous-section 3 : Immatriculation - Affiliation.

Article R613-10

Les personnes qui relèvent à titre obligatoire du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles sont affiliées et radiées dans les conditions fixées par la présente sous-section.

La date d'effet de l'affiliation ou de la radiation est le jour du début ou de la fin de l'activité professionnelle.

Article R613-12

Les personnes relevant du régime institué par le présent titre appartiennent au groupe professionnel auquel elles sont rattachées pour l'application du titre II du présent livre.

Article R613-13

Les personnes mentionnées à l'article R. 613-12, bénéficiant, au titre de l'exercice passé d'activités non salariées non agricoles, de plusieurs avantages servis par des organisations d'allocation de vieillesse différentes, appartiennent au groupe professionnel correspondant à leur activité principale définie selon les règles fixées ci-après :

1°) si une personne bénéficie en même temps d'une pension ou rente acquise à titre personnel et d'un avantage de réversion, elle est réputée avoir exercé à titre principal l'activité qui lui a ouvert droit à l'avantage acquis à titre personnel ;

2°) si une personne bénéficie à titre personnel d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de vieillesse substitué, et d'une pension, rente ou allocation de vieillesse, elle est réputée avoir exercé à titre principal l'activité au titre de laquelle elle perçoit la pension d'invalidité ou l'avantage de vieillesse substitué ;

3°) si une personne bénéficie en même temps, à titre personnel, de plusieurs pensions, rentes ou allocations de vieillesse de même nature, elle est réputée avoir exercé à titre principal l'activité correspondant à l'avantage pour lequel elle compte le plus grand nombre d'années de cotisations. Dans le cas où l'un ou plusieurs des avantages sont de caractère non contributif, est réputée activité principale celle qui a été exercée pendant le plus grand nombre d'années.

Article R613-14

Les personnes qui bénéficient d'une allocation ou d'une pension servie par une des organisations mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et qui exercent une activité non salariée non agricole relevant d'un autre groupe de professions, sont rattachées au groupe professionnel correspondant à leur allocation ou pension.

Article R613-16

Les organisations d'allocations de vieillesse mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 et la caisse nationale des barreaux français communiquent au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, avant le 15 du premier mois de chaque trimestre, la liste nominative des personnes entrant en jouissance d'un des avantages qu'elles servent ou cessant de bénéficier de ces avantages. Cette liste comporte l'indication de l'adresse des intéressés.

Article R613-17

Lors de la déclaration de son activité indépendante auprès du centre de formalités des entreprises compétent, l'assuré désigne l'organisme conventionné de son choix afin que celui-ci assure, pour le compte de la caisse de base de rattachement de l'assuré, les missions fixées à l'article L. 611-20.

Si l'assuré n'a pas procédé à cette désignation, la caisse de base procède à l'affiliation d'office de l'intéressé auprès d'un organisme conventionné. Les affiliations d'office sont réparties entre les organismes conventionnés compte tenu du nombre d'adhésions recueillies par chacun, sous réserve de la nécessité de n'affecter à un organisme que des membres d'une profession dont les statuts permettent l'adhésion.

Les décisions relatives à l'affiliation d'office sont notifiées dans un délai d'un mois par la caisse de base aux personnes intéressées et aux organismes conventionnés auxquels ces dernières sont affiliées. Sans préjudice des voies de recours ouvertes aux assurés et aux organismes intéressés, ces décisions peuvent être contestées par les organismes conventionnés devant la caisse nationale dans un délai d'un mois à compter de la notification des affiliations.

Article R613-22

L'affiliation à un organisme conventionné prend effet à compter du jour où l'intéressé remplit les conditions d'assujettissement au régime.

Article R613-23

Le choix des assurés entre les organismes avec lesquels la caisse nationale a passé convention, prévu au premier alinéa de l'article L. 611-21 est valable pour l'année civile en cours et l'année suivante et se renouvelle par tacite reconduction, sauf dénonciation adressée par lettre recommandée, trois mois au moins avant l'expiration de chaque période annuelle, à la caisse nationale à laquelle se trouve affilié l'intéressé.

Pour être valable, la dénonciation doit indiquer le nouvel organisme habilité choisi par l'assuré.

Dans le cas d'une fusion d'organismes conventionnés, dans les conditions prévues à l'article R. 611-84 du présent code, ou dans le cas d'une adhésion à un groupement de sociétés d'assurance conventionné par la caisse nationale, les assurés concernés sont affiliés de plein droit à l'organisme résultant de la fusion ou au groupement auquel l'organisme a adhéré. Cette affiliation ne fait pas obstacle à l'exercice par les assurés de la faculté de dénonciation dans les conditions prévues aux alinéas ci-dessus.

Article R613-24

Lorsque l'organisme auquel il est affilié a cessé de se voir confier le soin d'assurer les opérations prévues à l'article L. 611-20, l'assuré est invité par la caisse de base à formuler un nouveau choix, dans un délai d'un mois.

Article R613-25

Si les assurés, dans le cas prévu à l'article R. 613-24, ont omis de désigner l'organisme auquel ils choisissent d'être affiliés, dans le délai imparti à l'invitation de la caisse de base, ils sont affiliés d'office auprès d'un organisme conventionné dans les conditions prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article R. 613-17.

Article R613-26

Toute personne immatriculée doit, dans un délai de trente jours, faire connaître tout changement de résidence et toute modification intervenue dans ses activités professionnelles ou sa situation à l'égard des régimes légaux ou réglementaires d'assurance vieillesse ou d'assurance invalidité, qui peuvent soit entraîner son rattachement à une autre caisse de base ou son affiliation à un autre organisme conventionné, soit lui ouvrir droit aux prestations du régime institué par le présent titre, soit entraîner sa radiation de ce régime.

Les personnes affiliées à un organisme conventionné adressent cette déclaration à l'organisme dont elles relèvent, à charge pour celui-ci de la transmettre à la caisse de base dans un délai de huit jours ; les personnes

immatriculées mais non affiliées à un organisme conventionné envoient directement cette déclaration à la caisse de base intéressée.

Article R613-27

Dans un délai d'un mois à compter du jour où elle en est informée, la caisse de base tire les conséquences des changements qui lui ont été signalés et notifie la décision prise à l'intéressé et à l'organisme auquel il est affilié. La caisse de base procède à la radiation des personnes qui cessent de remplir les conditions d'affiliation au régime.

Sous-section 4 : Droits aux prestations.

Article R613-28

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'affiliation.

Les conditions d'ouverture du droit aux prestations en espèces sont appréciées à la date des soins.

L'assuré qui n'est pas à jour de ses cotisations à la date des soins ne peut faire valoir ses droits aux prestations que dans le délai de douze mois après la date d'échéance des cotisations impayées et à condition que la totalité des cotisations dues soit acquittée avant la date de l'échéance semestrielle se situant au terme de cette période de douze mois.

Article R613-30

Les assurés malades ou blessés de guerre, qui bénéficient au titre de la législation des pensions militaires d'une pension d'invalidité à un taux inférieur à 85 % continuent de recevoir personnellement les soins auxquels ils ont droit au titre de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, suivant les prescriptions dudit article.

Pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires, ils jouissent ainsi que leurs ayants droit des prestations prévues à l'article L. 613-14 du présent code.

Si, sur l'avis du contrôle médical, la caisse de base conteste l'origine des maladies, blessures ou infirmités, il appartient aux assurés de faire la preuve que celles-ci ne relèvent pas de la législation sur les pensions militaires. Cette preuve est réputée faite lorsque l'assuré justifie d'une décision de rejet qui lui a été opposée par le service des soins gratuits.

En ce cas la caisse de base peut exercer au lieu et place de l'assuré les voies de recours ouvertes à celui-ci par ladite décision.

Article R613-31

Lorsque des parents sont l'un et l'autre assurés à un régime d'assurance maladie et maternité, le rattachement des enfants en qualité d'ayants droit à l'un ou à l'autre d'entre eux est régi par l'article R. 161-8.

Article R613-34

Après avis du contrôle médical, il peut être procédé au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors de France aux assurés ou à leurs ayants droit qui sont tombés malades inopinément, sans que ce remboursement puisse excéder le montant de celui qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en France.

Lorsque des assurés ou leurs ayants droit ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, des conventions conclues entre les organismes qualifiés français, d'une part, et certains établissements de soins à l'étranger, d'autre part, peuvent, après autorisation du ministre chargé de la sécurité sociale, prévoir les conditions de séjour des intéressés dans lesdits établissements ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

Indépendamment des cas mentionnés à l'alinéa précédent et à titre exceptionnel, il peut être procédé, après avis favorable du contrôle médical, au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors de France à un assuré ou à l'un de ses ayants droit, si l'intéressé établit qu'il ne peut recevoir, sur le territoire français, les soins appropriés à son état.

Sous-section 5 : Service des prestations.

Article R613-38

Au reçu des documents prévus à l'article R. 161-41, l'organisme conventionné déclenche, s'il y a lieu, le contrôle médical.

Article R613-39

Au vu de la feuille de soins médicaux ou de la feuille de soins dentaires attestant, d'une part, que les soins ont été dispensés ou les prothèses effectuées, d'autre part, que le montant de ces actes a été effectivement payé, l'organisme conventionné calcule le montant des prestations dues sur la base des tarifs fixés dans les conditions prévues à l'article R. 613-44.

Article R613-40

L'organisme conventionné établit le décompte des prestations dues en utilisant un imprimé du modèle fixé par la caisse nationale et approuvé par le ministre chargé de la sécurité sociale. Les prestations doivent être réglées par l'organisme dans les dix jours qui suivent la réception des documents mentionnés à l'article R. 613-36, sous réserve des cas prévus au deuxième alinéa du présent article et des cas où l'organisme conventionné doit, préalablement au versement des prestations, prendre l'avis du contrôle médical ou obtenir l'accord de la caisse de base.

Les demandes de remboursement rejetées, parce qu'elles sont incomplètes ou pour toute autre raison, sont retournées à l'assuré dans les dix jours suivant leur réception, avec les motifs du rejet.

Article R613-41

Les prestations sont réglées directement à l'assuré, soit par virement au compte bancaire ou d'épargne qu'il a désigné sur sa feuille de soins, soit par chèque bancaire ou, à défaut, selon les modalités fixées par le règlement intérieur de la caisse de base.

Section 2 : Dispositions relatives aux soins - Contrôle médical

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article R613-44

Conformément à l'article L. 613-12, les tarifs des honoraires, y compris les frais accessoires, dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux par les assurés sont fixés dans les conditions prévues par les articles L. 162-5 à L. 162-11 et par les textes réglementaires pris pour leur application.

Article R613-45

Les tarifs des frais mentionnés à l'article L. 613-14 sont fixés dans les mêmes conditions qu'en matière d'assurance maladie et maternité du régime général de sécurité sociale, les attributions confiées, le cas échéant, aux organismes de ce régime dans l'établissement de ces tarifs étant exercées par chaque caisse de base.

Article R613-46

Pour l'application de l'article L. 162-35, les organismes conventionnés sont tenus de signaler à la caisse de base les dépassements d'honoraires qu'ils constatent.

Article R613-47

Les médicaments sont remboursés par les organismes conventionnés conformément aux dispositions de l'article L. 162-16 et des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ainsi que des textes réglementaires pris pour leur application.

Article R613-48

Les examens de biologie médicale et fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments sont remboursés conformément aux dispositions de l'article L. 162-13 et du troisième alinéa de l'article L. 162-17. Les modalités pratiques de ce remboursement sont fixées par le règlement intérieur de chaque caisse de base.

Article R613-49

Les caisses de base et les organismes conventionnés prennent en charge les frais relatifs aux fournitures et appareils dans les conditions fixées par le chapitre 5 du titre VI du livre Ier.

Article R613-50

Sont applicables par le régime institué par le présent titre les dispositions prévues aux articles L. 114-17-1, L. 162-1-15 et L. 162-1-17 ainsi que les textes réglementaires pris pour leur application, conformément à l'article L. 613-12.

Article R613-52

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou privé, l'assuré doit, dès son admission, à moins d'impossibilité absolue, en aviser l'organisme conventionné auquel il est affilié et faire connaître à l'administration hospitalière sa qualité d'assuré.

Lorsque le séjour du malade paraît devoir durer plus de vingt jours, les établissements d'hospitalisation publics ou privés sont tenus d'en aviser, dans un délai permettant d'assurer le contrôle, l'organisme

conventionné intéressé, sauf dans le cas où l'assuré a reçu accord pour une hospitalisation supérieure à vingt jours.

Le renouvellement de la prise en charge des frais d'hospitalisation au-delà du premier mois et pour chacun des mois suivants ne peut intervenir que sur décision prise par l'organisme conventionné après avis du contrôle médical reconnaissant la nécessité de la prolongation des soins dans l'établissement.

Si l'établissement n'a pas avisé l'organisme conventionné de la prolongation de l'hospitalisation au-delà du vingtième jour ou demandé le remboursement de la prise en charge, le remboursement de tout ou partie des frais d'hospitalisation correspondant au séjour au-delà des vingt premiers jours peut être refusé. L'établissement ne peut alors réclamer à l'assuré le paiement de la partie des frais non remboursés.

L'assuré ne peut obtenir le remboursement de ses frais de séjour en préventorium, en sanatorium, en aérium ou dans une maison de convalescence que s'il a obtenu l'accord préalable de l'organisme conventionné auquel il est affilié, dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels.

Sous-section 2 : Expertise médicale.

Article R613-53

En application de l'article L. 141-3, les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou de l'accidenté donnent lieu à la procédure médicale dans les conditions fixées par le chapitre 1er du titre IV du livre Ier, sous réserve des dispositions de l'article R. 613-30.

Le médecin conseil de la caisse de base joue le rôle imparti par ce texte au médecin conseil du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article R613-54

Lorsque l'assuré demande une expertise il doit adresser sa demande accompagnée de l'avis sous pli cacheté de son médecin traitant à l'organisme conventionné auquel il est affilié, lequel la transmet sans délai à la caisse de base.

La décision prévue aux articles R. 141-5 et R. 141-6 est prise par la caisse mutuelle régionale.

Les frais prévus à l'article R. 141-7 sont pris en charge par la caisse de base.

La caisse est compétente pour prendre la décision ou l'initiative prise en application de l'article L. 432-6 de faire bénéficier la victime ou le malade d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle.

Sous-section 3 : Contrôle médical.

Article R613-55

Le contrôle médical que les caisses de base doivent assurer en vertu de l'article L. 613-13 porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service des prestations et notamment sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité de travail des bénéficiaires du régime, sur les moyens thérapeutiques et les appareillages mis en oeuvre, sur les abus en matière de soins et de tarification des honoraires, sur le respect des dispositions de l'article L. 162-4, de la nomenclature générale des actes professionnels et des conventions liant aux caisses les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux et les établissements de soins.

Le service du contrôle médical procède en outre à une analyse sur le plan médical de l'activité des établissements entrant dans le champ d'application de l'article L. 162-29 et dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie. Cette analyse est destinée à s'assurer que les frais d'hospitalisation sont mis à la charge de l'assurance maladie dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la couverture de ce risque. Elle est communiquée sur sa demande au directeur de l'établissement et à l'autorité administrative mentionnée à l'article 29 du décret n° 83-744 du 21 août 1983. Les informations couvertes par le secret médical sont communiquées sur leur demande au président de la commission médicale d'établissement ou au médecin désigné par l'établissement privé participant au service public hospitalier et au médecin inspecteur départemental.

Le service du contrôle médical exerce sa mission dans les conditions définies par la présente sous-section et par le chapitre 6 du titre VI du livre Ier.

Article R613-56

Le contrôle médical est exercé soit par un service propre à chaque caisse de base, soit par un service commun à plusieurs d'entre elles. Il peut également être exercé à la demande et pour le compte d'une ou plusieurs caisses de base soit par le service du contrôle médical d'une autre caisse de base auquel il est confié en tout ou partie conformément aux directives de la caisse nationale, soit par le service de contrôle médical d'un autre régime d'assurance maladie auquel il est confié en tout ou partie dans les conditions fixées par une convention que la caisse nationale conclut avec ce régime.

Les caisses de base peuvent, sous réserve de l'accord de la caisse nationale, déroger aux directives de cette caisse ou aux règles fixées par les conventions conclues par celle-ci.

Article R613-58

Les caisses de base et les organismes conventionnés fournissent sur sa demande au service du contrôle médical tous documents, renseignements et informations utiles sur les bénéficiaires du régime, les praticiens et les établissements de soins.

Les caisses de base doivent affecter au service du contrôle médical les moyens en personnel, en locaux et en matériel qui lui sont nécessaires pour le bon accomplissement de sa mission.

Article R613-63

La caisse nationale exerce dans le domaine médical sa mission d'animation, de coordination et de contrôle avec le concours du médecin conseil national et du médecin conseil national adjoint.

Ces médecins, qui peuvent être assistés de praticiens conseils, participent à l'élaboration des directives concernant l'action des services régionaux de contrôle médical. Les médecins conseils régionaux leur fournissent, sur leur demande, toutes informations utiles à cette fin, notamment les statistiques de contrôle.

Ils sont invités aux séances du conseil d'administration de la caisse nationale, ainsi qu'aux réunions des diverses commissions existant au sein de la caisse. Ils ne peuvent toutefois assister aux séances du conseil d'administration, lorsque celui-ci délibère sur leur situation. Le médecin conseil national dresse chaque année un rapport sur l'activité et le fonctionnement des services de contrôle médical du régime. Ce rapport est envoyé au conseil d'administration de la caisse nationale, au haut-comité médical de la sécurité sociale et au ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R613-64

La caisse nationale organise périodiquement des stages d'information et de perfectionnement à l'intention des praticiens conseils.

Section 3 : Prestations de base

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article R613-65

Les frais de vaccination obligatoire mentionnés au 5° de l'article L. 160-8 sont remboursés lorsqu'ils sont dispensés aux enfants de moins de seize ans ou ayant atteint cet âge pendant l'année scolaire en cours, ainsi qu'aux enfants de moins de vingt ans qui, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer une activité rémunératrice.

Article R613-66

Les frais de transport sont pris en charge dans les conditions prévues à la section 2 du chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale.

Les dispositions du 2° de l'article R. 322-10 sont applicables aux examens prescrits en vertu des dispositions des articles R. 613-68 et R. 613-69.

En ce qui concerne l'accord préalable, l'organisme compétent est la caisse de base dont relève l'assuré.

Sous-section 2 : Assurance maladie.

Article R613-67

Les frais afférents aux affections et traitements prévus aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 ne peuvent être remboursés que si leur prise en charge a été acceptée à la suite d'un examen spécial du malade effectué selon les modalités fixées par l'article R. 615-68.

Article R613-68

L'organisme conventionné, saisi de la demande de prise en charge accompagnée d'un certificat du médecin traitant, fait examiner l'assuré par un médecin conseil, en présence du médecin traitant ou lui dûment appelé. Les conclusions du médecin conseil sont communiquées au médecin traitant. En cas de désaccord entre les deux médecins, l'assuré peut demander une expertise par un médecin désigné dans les conditions fixées à l'article R. 141-1. La caisse statue au vu des résultats de cette expertise.

Si le médecin conseil estime que les frais du traitement ordonné par le médecin traitant ne sont justifiés ni par la nature ni par la gravité de l'affection, la caisse peut, après avoir mis l'intéressé en mesure de fournir des explications, réduire ou supprimer les versements afférents à ce traitement. L'assuré peut demander une expertise comme ci-dessus.

Article R613-69

En cas d'affections ou traitements mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 ou de soins continus d'une durée supérieure à six mois, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, par un médecin conseil, en vue d'apprécier si le traitement suivi est toujours justifié.

Le service des prestations peut être suspendu si l'assuré continue de suivre un traitement reconnu injustifié.

L'assuré peut demander une expertise comme à l'article précédent.

La même mesure de suspension peut être prise si l'assuré ne se soumet pas aux visites médicales et aux contrôles qui doivent être organisés au moins tous les six mois par la caisse de base.

Section 6 : Dispositions diverses.

Article R613-70

Conformément aux dispositions de l'article L. 376-1, lorsque l'accident ou la blessure dont l'assuré ou ses ayants droit sont les victimes est imputable à un tiers, la caisse de base est subrogée de plein droit à l'assuré ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable, pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident ou la blessure.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 4 : Contentieux

Section 1 : Contentieux.

Article R614-1

Les réclamations formées par l'assuré en matière de prestations sont soumises à la commission de recours amiable constituée au sein du conseil d'administration de la caisse de base dont il relève.

Cette commission doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle l'intéressé entend former une réclamation. La forclusion ne peut être opposée à l'intéressé que si la notification porte mention de cette voie de recours et du délai pendant lequel elle est ouverte.

Le secrétaire de la commission de recours amiable doit communiquer immédiatement le recours à l'organisme conventionné qui dispose d'un délai de dix jours pour formuler ses observations écrites.

Article R614-2

Lorsque la réclamation a été rejetée par la commission de recours amiable, ou si cette dernière ne s'est pas prononcée dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a été saisie, l'intéressé peut se pourvoir devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 2 : Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse

Chapitre 2 : Champ d'application - Affiliation.

Article R622-1

Des décrets peuvent classer dans l'un des quatre groupes mentionnés à l'article L. 621-3 les activités professionnelles qui relèvent simultanément de plusieurs de ces groupes.

Article R622-2

Le régime d'assurance vieillesse des professions artisanales concerne :

1°) les personnes non salariées des professions artisanales mentionnées par l'article L. 622-3 ou des professions rattachées à l'organisation des professions artisanales dans les conditions prévues par l'article L. 622-7 ou par application de l'article R. 622-1 ;

2°) les membres de la famille des personnes mentionnées au 1° lorsqu'ils participent effectivement aux travaux de l'entreprise et ne sont pas salariés ou assimilés aux salariés pour l'application de la législation générale de la sécurité sociale.

Les membres de la famille s'entendent des ascendants, descendants, frères, soeurs ou alliés au même degré.

Article R622-3

Le régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales concerne d'une part, les personnes des professions mentionnées à l'article L. 622-4, d'autre part, les personnes des professions classées dans le groupe des professions industrielles et commerciales en application de l'article L. 622-7 et de l'article R. 622-1.

Article R622-4

La date d'effet de l'affiliation ou de la radiation est le jour du début ou de la fin de l'activité professionnelle.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 2 : Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse

Chapitre 3 : Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse.

Article R623-1

Pour les professions non agricoles, sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application du présent titre et sous réserve des dispositions particulières dudit titre, les articles R. 244-4, R. 244-5, R. 244-7 et R. 256-1.

Section 1 : Organisation financière

Article R623-2

Les caisses nationales, de base ou sections professionnelles doivent obligatoirement retracer dans leur comptabilité les opérations effectuées au titre, d'une part, de la gestion administrative, de l'action sociale, des disponibilités nécessaires au service des prestations et, le cas échéant, du report à nouveau et, d'autre part, de la constitution de réserves affectées aux risques gérés.

Article R623-3

Les fonds des caisses nationales et de base ou sections professionnelles affectés aux réserves des risques gérés ne peuvent être placés que sous la forme des actifs énumérés aux I, II et III du présent article et dans les conditions prévues au IV.

I. # Valeurs mobilières et titres assimilés

1° Obligations et autres valeurs émises ou garanties :

a) Par l'un des Etats partie à l'Espace économique européen, ainsi que les titres émis par la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée à l'article 1er de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 ;

b) Par un organisme international à caractère public dont un ou plusieurs Etats membres de l'Union européenne font partie ;

c) Par les collectivités publiques territoriales et les établissements publics des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

2° Obligations, parts de fonds communs de créances et organismes de titrisation tels que définis à l'article L. 214-169 du code monétaire et financier, et titres participatifs tels que définis à l'article L. 213-32 du code monétaire et financier admis aux négociations sur un marché reconnu autres que celles ou ceux visés au 1°.

3° Titres de créances négociables d'un an au plus tels que définis aux articles L. 213-1 à L. 213-4 du code monétaire et financier, rémunérés à taux fixe ou indexés sur un taux usuel sur les marchés interbancaires, monétaires ou obligataires et émis par des personnes morales autres que les Etats membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), ayant leur siège social sur le territoire de ces Etats et dont des titres sont négociés sur un marché reconnu.

4° Bons à moyen terme négociables répondant aux conditions mentionnées à l'article R. 623-5 et émis par des personnes morales autres que les Etats membres de l'OCDE, ayant leur siège social sur le territoire de ces Etats et dont les titres sont négociés sur un marché reconnu.

5° Actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement dont l'objet est limité à la gestion d'un portefeuille de valeurs mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° du présent article, dans des conditions fixées par l'article R. 623-6.

6° Parts des fonds communs de placement régis par les articles L. 214-28, L. 214-30, L. 214-154 et L. 214-160 du code monétaire et financier.

7° Actions et titres donnant accès au capital négociés sur un marché reconnu.

8° Actions et parts d'OPCVM et de placements collectifs relevant des paragraphes 1,2 et 6 de la sous-section 2, du paragraphe 2 ou du sous-paragraphe 1 du paragraphe 1 de la sous-section 3 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre I du code monétaire et financier autres que celles visées aux 5° et 6° du présent article, dans les conditions fixées par l'article R. 623-6.

Les marchés reconnus mentionnés aux 2°, 3°, 4°, 7° et 8° sont les marchés réglementés au sens des articles L. 421-1 à L. 423-1 du code monétaire et financier des Etats membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), en fonctionnement régulier. Les autorités compétentes de ces pays doivent avoir défini les conditions de fonctionnement du marché, d'accès à ce marché et d'admission aux négociations, et avoir imposé le respect d'obligations de déclaration et de transparence.

II. # Actifs immobiliers

9° Droits réels immobiliers afférents à des immeubles situés sur le territoire de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

10° Parts ou actions des sociétés à objet strictement immobilier ayant leur siège social sur le territoire de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans des conditions fixées par l'article R. 623-7.

III. # Prêts et dépôts

11° Prêts obtenus ou garantis par l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen, par les collectivités publiques territoriales et les établissements publics de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

12° Prêts hypothécaires aux personnes physiques ou morales ayant leur domicile ou leur siège social sur le territoire de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans des conditions fixées par l'article R. 623-8.

13° Dépôts dans les conditions fixées à l'article R. 623-9.

IV. # Dispositions communes

Les intérêts courus des placements énumérés au présent article sont assimilés auxdits placements.

Le portefeuille des organismes relevant du présent article doit être obligatoirement composé d'au moins 90 % d'actifs libellés ou réalisables en euros.

Les valeurs mobilières et titres assimilés, les parts des actions des sociétés civiles immobilières ou foncières doivent faire l'objet soit d'une inscription en compte ou d'un dépôt auprès d'un intermédiaire habilité, soit d'une inscription nominative dans les comptes de l'organisme émetteur à condition que celui-ci soit situé en France.

Article R623-4

Les caisses nationales, de base ou sections professionnelles peuvent recourir aux instruments financiers à terme visés au II de l'article L. 211-1 du code monétaire et financier admis à la négociation sur les marchés reconnus au sens de l'article R. 623-3 dans des conditions permettant d'établir une relation avec les placements et de contribuer à une réduction du risque d'investissement. Ces conditions sont fixées par arrêté du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R623-5

Les bons à moyen terme négociables mentionnés au 4° de l'article R. 623-3 doivent répondre aux conditions suivantes :

- a) Provenir d'une émission au moins égale à 30 millions d'euros ;
- b) Etre valorisés par au moins deux organismes distincts et non liés financièrement ni entre eux, ni avec la caisse de base ou section professionnelle détentrice des bons ;
- c) Faire sur cette base l'objet d'un cours publié au moins une fois tous les quinze jours et tenu à la disposition du public en permanence ;
- d) Comporter une clause de liquidité émanant de l'émetteur ou d'un garant qui doit garantir que les actifs pourraient être rachetés à un cours cohérent avec le cours publié, c'est-à-dire prenant en compte la variation du taux d'intérêt et du prix des sous-jacents entre les dates de publication du cours et de transaction ;
- e) Comporter une clause garantissant à terme le prix d'émission.

Article R623-6

En application des 5° et 8° de l'article R. 623-3, les caisses nationales, de base ou sections professionnelles sont autorisées à détenir les actions des sociétés d'investissement à capital variable et les parts de fonds communs de placement relevant de la section 1 et du paragraphe 1 de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre II du code monétaire et financier. Elles sont également autorisées à détenir les actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement régis par les réglementations des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen, pour autant que ces règles soient conformes à la directive n° 2009/65/ CE du Parlement européen et du Conseil du 13 juillet 2009 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant certains organismes de placement collectif en valeurs mobilière.

Article R623-7

En application des dispositions du 10° de l'article R. 623-3, les caisses nationales, de base ou sections professionnelles sont autorisées à détenir les parts ou actions de sociétés à objet strictement immobilier, à l'exclusion de sociétés ayant une activité de marchand de biens et de sociétés en nom collectif. Le patrimoine de ces sociétés ne peut être composé que d'immeubles bâtis ou de terrains situés sur le territoire d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, de parts ou d'actions des sociétés répondant à ces mêmes conditions.

Les caisses nationales, de base ou sections professionnelles sont également autorisées à détenir les parts des sociétés civiles à objet strictement foncier, dont l'activité est limitée à la gestion directe de biens fonciers situés sur le territoire de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou les parts des groupements ayant pour seule activité la gestion de biens fonciers répondant à ces mêmes conditions. Les biens constitutifs du patrimoine doivent faire l'objet d'une exploitation.

Les caisses nationales, de base ou sections professionnelles ne peuvent être propriétaires directement ou indirectement de biens forestiers.

Article R623-8

Les prêts hypothécaires mentionnés au 12° de l'article R. 623-3 doivent être garantis par une hypothèque de premier rang ou équivalent prise sur un immeuble situé sur le territoire de l'un des Etats partie à l'accord sur l'Espace économique européen. L'ensemble des privilèges et hypothèques en premier rang ne doit pas excéder 65 % de la valeur vénale de l'immeuble constituant la garantie du prêt, estimée au jour de la conclusion du contrat.

Article R623-9

Les comptes de dépôts visés au 13° de l'article R. 623-3 doivent être ouverts auprès d'un établissement de crédit agréé dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Leur terme ne doit pas dépasser un an ou leur préavis de retrait trois mois. Les comptes doivent être libellés au nom de la caisse nationale, de base ou section professionnelle et ne peuvent être movimentés par l'agent comptable qu'au vu des justificatifs visés au a de l'article R. 623-10-3.

Article R623-10

Les fonds affectés à la gestion administrative, à l'action sociale et aux disponibilités nécessaires au service des prestations ainsi que, le cas échéant, au report à nouveau doivent exclusivement être investis :

- dans des actifs mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 11° à 13° de l'article R. 623-3 ;

- dans des actifs visés au 5° de ce même article dont l'objet est limité à la gestion d'un portefeuille de valeurs mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 623-3 ;

- dans des actifs mentionnés aux 9° et 10° de l'article R. 623-3 pour la part utilisée pour le fonctionnement des services administratifs du régime et la mise en oeuvre de la réglementation d'action sociale applicable à ce régime.

Article R623-10-1

L'ensemble des actifs détenus par chaque organisme au titre des réserves des risques gérés doit respecter les limites suivantes :

34 % au moins pour les actifs mentionnés aux 1° à 4° de l'article R. 623-3 et qui sont libellés en euros, ainsi que les actifs du 5° de ce même article dont l'objet est limité à la gestion d'un portefeuille de ces mêmes valeurs ;

5 % au plus pour l'ensemble des actifs mentionnés au 6° de l'article R. 623-3 ;

20 % au plus pour l'ensemble des actifs mentionnés aux 9° et 10° de l'article R. 623-3 ;

10 % au plus pour l'ensemble des actifs mentionnés aux 11° et 12° de l'article R. 623-3.

Ne peuvent représenter plus de 5 % des actifs des organismes :

- les créances de toute nature et les actions émises par une même personne morale, à l'exception des actifs mentionnés au 1° de l'article R. 623-3 ;

- un même immeuble ou les actifs mentionnés aux 9° et 10° de l'article R. 623-3.

Un même organisme ne peut détenir plus de 10 % des titres émis par un même émetteur à l'exception des actifs visés aux 5° et 8° de l'article R. 623-3.

Le présent article n'est applicable ni aux disponibilités nécessaires au paiement d'une échéance trimestrielle de prestations, ni à celles nécessaires au paiement de la compensation prévue à l'article L. 134-1.

Article R623-10-2

Des arrêtés conjoints du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé de la sécurité sociale fixent les modalités d'évaluation des placements mentionnés à l'article R. 623-3, ainsi que les formes dans lesquelles il est fait chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget un rapport sur les placements.

Article R623-10-3

Le conseil d'administration de chaque caisse nationale, de base et section professionnelle doit élaborer un règlement financier. Ce règlement financier doit obligatoirement comporter un manuel de procédure, un document décrivant les modalités de gestion de l'activité de placement et un code de déontologie.

a) Le manuel de procédure comprend notamment l'organigramme des services de la caisse concernés par la gestion d'actifs, la définition de leurs fonctions, la définition des fonctions dévolues à chaque poste, la nature et les modalités d'échanges d'informations entre les services et la liste des justificatifs produits par chacun d'eux, notamment pour mouvoir les comptes, les conditions d'exercice des contrôles a priori et a posteriori. Le manuel doit également définir les compétences, les prestations ou les fonctions respectives des organes délibérants, des services de la caisse et des organismes financiers auxquels la caisse a recours.

b) Le document décrivant les objectifs et les modalités de gestion de l'activité de placement indique notamment :

- les objectifs de gestion relatifs notamment à la sécurité et au rendement des placements ;

- les conditions de recours à une gestion directe ou à une délégation de gestion ;

- les obligations imposées au gestionnaire, notamment les informations qu'il doit communiquer à l'organisme ainsi que la définition du mandat ou de la convention de gestion et de sa durée, la détermination des frais de

gestion, le contrôle de l'activité du gestionnaire délégué et les conditions de dénonciation des conventions de gestion ;

- le principe et les modalités de mise en oeuvre d'une expertise régulière de l'activité de gestion financière par un organisme spécialisé extérieur. La périodicité de cette expertise est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'économie et du ministre chargé du budget en fonction du montant des actifs gérés par l'organisme.

c) Le code de déontologie qui doit notamment préciser que toute rémunération relative aux placements effectués pour le compte d'un des organismes régis par les articles qui précèdent est attribuée à l'organisme lui-même et non à ses représentants.

Ce règlement financier ainsi que ses modifications entrent en vigueur dans un délai de six mois à compter de leur date de transmission au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget, à défaut de notification dans ce délai d'une décision de refus motivée.

Le refus peut être prononcé :

1° Lorsque le règlement financier ne comporte pas l'ensemble des mentions prévues au présent article ;

2° Lorsque les informations contenues dans le règlement financier ne garantissent pas la transparence du fonctionnement de l'organisme ;

3° Lorsque les modalités de gestion de l'activité de placement décrites dans le règlement financier sont de nature à compromettre la sécurité des placements.

Article R623-10-4

Le conseil d'administration de chaque caisse nationale, de base ou section professionnelle approuve annuellement, après avis d'une commission financière constituée en son sein, un rapport fixant notamment les orientations générales de la politique de placement des actifs gérés par la caisse. Ce rapport s'appuie sur une analyse de l'évolution des marchés financiers au cours des douze derniers mois au regard des tendances de long terme et sur l'expertise prévue à l'article R. 623-10-3. A partir de cette analyse et en tenant compte de l'horizon de placement et des recettes attendues, du portefeuille détenu, des critères de rendement et de risque ainsi que du principe de prudence, le rapport retient une répartition des placements par catégorie d'actifs financiers qui respecte les limites fixées par le présent chapitre.

Toutes les modifications intervenues dans l'année dans le fonctionnement de l'organisme et susceptibles directement ou indirectement d'affecter les procédures de contrôle interne sont portées à la connaissance du conseil d'administration.

Section 2 : Prestations de base.

Article R623-11

Sans préjudice des dispositions incluses dans les conventions de sécurité sociale conclues par la France avec les différents Etats étrangers, les prestations de vieillesse prévues par le présent titre attribuées aux personnes qui ont cotisé, ou aux personnes assimilées à des cotisants, sont liquidées et payées aux titulaires résidant en dehors du territoire de la France métropolitaine, sous les réserves ci-après :

1°) les frais supplémentaires occasionnés par le paiement des arrérages en dehors du territoire de la France métropolitaine sont imputés sur leur montant ;

2°) la liquidation peut être différée et le paiement des arrérages suspendu lorsque les dispositions réglementaires relatives à l'inaptitude au travail, aux conditions de ressources, à la cessation de l'activité professionnelle, ne peuvent donner lieu à constatation ou à vérification et lorsque l'existence des titulaires à la date d'échéance des arrérages ne peut être contrôlée.

Article R623-12

Les allocations de vieillesse attribuées aux personnes qui n'ont pas cotisé ou non assimilées à des cotisants ne peuvent être liquidées ou payées aux titulaires qu'autant que ces derniers résident sur le territoire de la France métropolitaine.

Article R623-13

Les frais de paiement des prestations incombent aux caisses professionnelles et interprofessionnelles ou aux sections professionnelles.

Section 5 : Contrôle de l'administration - Dispositions diverses.

Article R623-17

Les caisses ou sections professionnelles, les caisses interprofessionnelles et les caisses nationales sont soumises aux vérifications de l'inspection générale des affaires sociales et du service mentionné à l'article R. 155-1.

Elles sont également soumises au contrôle de l'inspection générale des finances, des trésoriers-payeurs généraux, des receveurs particuliers des finances et, à Paris, du receveur central des finances de Paris.

Un arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale précise les conditions dans lesquelles est effectué le contrôle prévu au deuxième alinéa du présent article.

Article R623-18

Le directeur et l'agent comptable assistant, avec voix consultative, aux séances du conseil d'administration et aux commissions ayant reçu délégation de celui-ci.

Article R623-19

Les dispositions de l'article L. 281-2 sont applicables aux caisses nationales et aux caisses locales ou régionales ou aux sections professionnelles mentionnées à l'article L. 621-2.

Le pouvoir de substitution prévu à l'article L. 281-2 est exercé :

1°) en cas de carence du conseil d'administration ou du directeur d'une caisse nationale, par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

2°) en cas de carence du conseil d'administration ou du directeur d'une caisse locale ou régionale ou d'une section professionnelle, par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Le délai dans lequel les autorités mentionnées au deuxième alinéa du présent article peuvent exercer le pouvoir de substitution est fixé à huit jours à compter de la mise en demeure restée sans effet.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 1er : Organisation autonome du régime des professions artisanales

Section 1 : Organisation administrative

Sous-section 1 : Caisse nationale.

Article R631-2

La Caisse nationale du régime social des indépendants assure en son nom propre, soit à la demande des caisses de base, soit de plein droit à l'expiration d'un délai d'un an suivant la date d'exigibilité, le recouvrement contentieux des cotisations et des contributions impayées auprès de ces dernières ainsi que les majorations de retard et pénalités y afférentes.

Toutefois, elle peut déléguer à la caisse de base à laquelle est rattaché le cotisant débiteur ou à une autre caisse de base le recouvrement contentieux qu'elle assure de plein droit en application du premier alinéa. La délégation s'étend aux actions de recouvrement contentieux en cours à la date à laquelle elle est décidée.

Section 2 : Règles de fonctionnement et de gestion.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 3 : Dispositions communes en matière d'organisation administrative et financière

Section 1 : Organisation administrative.

Sous-section 3 : Dispositions communes à la caisse nationale et aux caisses de bases.

Article R633-60

Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 122-1 et de l'article R. 122-1 sont applicables aux organismes et personnes entrant dans le champ d'application du présent titre, sous réserve d'adaptation par décret.

Article R633-61

Les dépenses des caisses, qui peuvent être effectuées au titre de la gestion administrative, sont limitativement énumérées par le décret fixant les règles relatives à la comptabilité des organismes d'assurance vieillesse des professions non salariées conformément aux articles L. 256-2 et L. 623-1.

Ces dépenses font l'objet d'un budget annuel voté par le conseil d'administration de chaque caisse.

Article R633-62

Toute décision de caractère individuel prise en matière de gestion du personnel est communiquée à l'agent comptable qui porte mention de la disponibilité des crédits correspondants et de sa conformité aux autorisations budgétaires.

Article R633-63

Les caisses professionnelles et interprofessionnelles suivent dans des comptes distincts les opérations afférentes aux régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés aux sections 1 et 2 du chapitre 4 du présent titre, ainsi qu'aux articles L. 633-9, L. 633-10, L. 636-1, L. 812-1 et L. 813-5 et les opérations afférentes au régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné à l'article L. 635-1.

Les excédents et déficits sont déterminés séparément pour chaque compte. Les excédents d'un compte ne peuvent compenser les déficits d'un autre.

Le régime d'assurance vieillesse complémentaire prévoit des avantages revisables chaque année selon les ressources qui peuvent y être affectées.

Section 2 : Organisation financière - Cotisations

Article R633-65

I. # Les ressources des branches vieillesse mentionnées au 2° et au 3° de l'article L. 611-2 sont constituées, chacune en ce qui la concerne, par :

1° Le produit des cotisations des assurés du régime de base, ainsi que les majorations et pénalités de retard ;

2° Le produit des cotisations des assurés de l'assurance volontaire ;

3° Une fraction du produit de la contribution sociale de solidarité instituée par l'article L. 651-1 ;

4° Le produit des versements effectués au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;

5° Une part des produits financiers résultant de la gestion centralisée de la trésorerie par la caisse nationale ;

6° Les dons et legs ;

7° Toute autre recette instituée par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

II. # Les dépenses des branches vieillesse mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2 sont constituées, chacune en ce qui la concerne, par :

1° Les dotations et, éventuellement, les subventions et avances versées aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations vieillesse, ainsi que les charges diverses en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;

2° La part des charges de fonctionnement, des dépenses en capital ainsi que des dépenses d'intervention des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18 versées à la caisse nationale et aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations mentionnées au chapitre IV du titre III du présent livre et pour l'action sociale ;

3° Le montant des versements effectués au titre de la compensation instituée par l'article L. 134-1 ;

4° Une part des charges financières résultant de la gestion centralisée de la trésorerie par la caisse nationale ;

5° Toute autre charge instituée en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article R633-66

Les dispositions des articles R. 612-9 à R. 612-11 sont applicables aux cotisations dues au titre des branches vieillesse visées à l'article L. 611-2.

Article R633-67

La faculté de versement prévue à l'article L. 633-11 en vue de la prise en compte par l'assurance vieillesse des périodes d'activité exercées en tant que conjoint collaborateur est ouverte aux personnes âgées, à la date à laquelle elles présentent la demande de versement, d'au moins vingt ans et de moins de soixante-sept ans, et dont la pension de retraite dans le régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales n'a pas été liquidée.

Cette faculté de versement est ouverte dans la limite du rachat de vingt-quatre trimestres.

La demande de versement est prise en compte pour un nombre entier de trimestres. Est considérée comme égale à un trimestre toute période de quatre-vingt-dix jours successifs au cours de laquelle le conjoint collaborateur a participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise. Lorsque la période de quatre-vingt-dix jours se partage sur deux années civiles successives, elle peut être considérée comme ayant été effectuée au cours de l'une ou de l'autre de ces années, dans la limite prévue à l'article R. 633-72.

Article R633-68

I. # Pour exercer la faculté de versement mentionnée à l'article R. 633-67, l'intéressé doit présenter une demande comportant, à peine d'irrecevabilité :

1° Les mentions et pièces justificatives permettant de l'identifier, de déterminer les périodes au titre desquelles la demande est présentée et de démontrer sa participation directe et effective à l'activité de l'entreprise ;

2° La mention de l'option pour l'une des deux possibilités ouvertes à l'article R. 633-69 ;

3° La mention éventuelle de l'option pour l'échelonnement mentionnée à l'article R. 633-70.

II. # La demande est adressée à la caisse de base du régime social des indépendants dont relève l'intéressé à la date de la demande ou dont il a relevé en dernier lieu. Lorsque l'intéressé n'a jamais relevé de ce régime,

sa demande est adressée à la caisse de base du régime dans le ressort de laquelle se trouve sa résidence ou, en cas de résidence à l'étranger, à celle dans le ressort de laquelle se trouve le dernier lieu de résidence en France.

Dans un délai de deux mois, la caisse indique au demandeur s'il est admis à effectuer un versement. A défaut de réponse dans le délai de deux mois suivant la réception de la demande, la demande est réputée rejetée.

En cas d'admission, la décision de la caisse notifiée au demandeur indique le nombre de trimestres pour lequel il est autorisé à acquitter des cotisations au cours de chacune des années civiles où se situent les périodes dont il demande la prise en compte, compte tenu des limites fixées en application des articles R. 633-67 et R. 633-72, le montant du versement correspondant à un trimestre et le montant total du versement correspondant au nombre de trimestres retenu.

III. # Lorsque le demandeur a opté pour l'échelonnement prévu à l'article R. 633-70, la décision précise également le montant qui résulte de ce choix et la date de paiement de chaque échéance.

La majoration du montant des versements résultant de l'option pour l'échelonnement prévue à l'article R. 633-70 est notifiée au plus tard le 1er décembre de l'année précédant celle à laquelle elle doit être appliquée. Cette information est accompagnée de l'indication du montant de chaque échéance majorée pour l'année considérée.

IV. # La demande de rachat est déposée au plus tard le 31 décembre 2020.

Article R633-69

Le versement est pris en compte, au choix du demandeur :

1° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 351-27, sans que le versement soit pris en compte dans la durée d'assurance mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1 ;

2° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 351-27 ainsi que pour la prise en compte des versements dans la durée d'assurance mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Le choix de l'intéressé est exprimé dans la demande et est irrévocable.

Article R633-70

Lorsque la demande porte sur plus d'un trimestre, l'intéressé peut demander à opter pour un échelonnement du versement en échéances mensuelles selon des modalités prévues par décret. Dans ce cas, le montant des cotisations est assorti d'une majoration.

Article R633-71

Le montant du versement correspondant au rachat d'un trimestre est déterminé en tenant compte de l'âge de l'intéressé à la date à laquelle il présente sa demande, de la moyenne annuelle du total des salaires et des revenus d'activité non salariée qu'il a perçus au cours des trois dernières années, de l'option qu'il a choisie en application de l'article R. 633-69 et d'un taux d'actualisation décroissant appliqué en fonction de l'âge de l'intéressé à la date à laquelle il présente sa demande. Les modalités du calcul de ce montant sont précisées par décret.

Sauf si l'intéressé a été autorisé par la caisse à bénéficier de l'échelonnement prévu à l'article R. 633-70, le montant total du versement pour les trimestres pris en compte, calculé selon les dispositions de la présente section et notifié par la caisse dans sa décision d'admission, est versé en une seule fois.

Le montant total du versement est égal au produit du nombre de trimestres déterminés selon les modalités prévues à l'article R. 633-67 par la valeur du trimestre, déterminée selon les modalités prévues au présent article.

Article R633-72

La prise en compte du versement effectué en application des dispositions de l'article L. 633-11 ne peut avoir pour effet de porter à plus de quatre le nombre de trimestres d'assurance pris en compte par le régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales au titre d'une même année civile.

Article R633-73

Le versement prend fin, dans les conditions précisées par décret :

- 1° Soit, si l'intéressé ne bénéficie pas d'un échelonnement, en cas de non-paiement ou de paiement partiel de la somme due ;
- 2° Soit, lorsque l'échelonnement a été autorisé, si à la date fixée par la décision d'admission au bénéfice du paiement échelonné une autorisation de prélèvement sur le compte bancaire ou d'épargne n'a pas été reçue ou si le premier paiement n'est pas parvenu pour son montant intégral à la caisse, ou lorsque le paiement de deux échéances mensuelles, successives ou non, n'a pas été intégralement effectué ;
- 3° Soit lorsque l'intéressé demande la liquidation de sa pension ;
- 4° Soit au décès de l'intéressé.

Sauf dans le cas mentionné au 4°, la caisse informe l'intéressé de l'interruption du versement. Elle calcule le nombre de trimestres validés qui seront pris en compte pour le calcul de la pension ainsi que le montant qui excède le versement correspondant à ces trimestres et qui fait l'objet d'un remboursement.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 4 : Prestations

Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des pensions de retraite.

Article R634-1

Le revenu annuel moyen mentionné à l'article L. 634-4 correspond aux cotisations versées dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 en vigueur au cours de l'année considérée permettant la validation d'au moins un trimestre d'assurance selon les règles définies par le sixième alinéa de l'article R. 351-9 et versées pendant la durée de la carrière au titre des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Toutefois et sous réserve des dispositions des articles R. 173-4-3 et R. 634-1-1, lorsque l'assuré aura accompli postérieurement au 31 décembre 1972 plus de vingt-cinq années d'assurance au titre des régimes dont il s'agit, il sera tenu compte des cotisations versées au cours des vingt-cinq années civiles dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'intéressé.

Par dérogation au précédent alinéa, le revenu servant de base au calcul de la pension correspondant aux années donnant lieu au partage mentionné au 2° de l'article L. 633-10 est déterminé séparément et en ne tenant compte que des cotisations versées au cours de ces années.

Ne sont pas prises en compte pour la détermination du revenu annuel moyen défini au présent article les années comprenant une période au titre de laquelle un versement de cotisations a été effectué en application de l'article L. 634-2-2 ou en application, en ce qui concerne des demandes de rachat déposées à compter du 1er janvier 2011, de l'article L. 742-7.

Article R634-1-1

I. # Les durées de vingt-cinq années fixées au deuxième alinéa de l'article R. 634-1 sont applicables aux assurés nés après 1952, quelle que soit la date d'effet de leur pension.

II. # Le nombre d'années d'assurance et le nombre d'années civiles mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 634-1 sont, l'un et l'autre, de :

Dix années pour l'assuré né avant le 1er janvier 1934 ;

Onze années pour l'assuré né en 1934 ou 1935 ;

Douze années pour l'assuré né en 1936 ou 1937 ;

Treize années pour l'assuré né en 1938 ou 1939 ;

Quatorze années pour l'assuré né en 1940 ou 1941 ;

Quinze années pour l'assuré né en 1942 ou 1943 ;

Seize années pour l'assuré né en 1944 ;

Dix-sept années pour l'assuré né en 1945 ;

Dix-huit années pour l'assuré né en 1946 ;

Dix-neuf années pour l'assuré né en 1947 ;

Vingt années pour l'assuré né en 1948 ;

Vingt et une années pour l'assuré né en 1949 ;

Vingt-deux années pour l'assuré né en 1950 ;

Vingt-trois années pour l'assuré né en 1951 ;

Vingt-quatre années pour l'assuré né en 1952.

Section 3 : Service des pensions de vieillesse.

Article R634-4

La pension de l'assuré est suspendue à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel est survenue la circonstance qui justifie cette suspension par application du troisième alinéa de l'article L. 634-6.

Section 4 : Pensions de réversion

Article R634-5

Pour l'application de l'article R. 353-3 aux pensions de réversion servies par les régimes des artisans, industriels et commerçants, il est tenu compte jusqu'au 31 décembre 2012, pour les assurés nés à partir du 1er janvier 1934, des dispositions applicables aux personnes atteignant leur soixantième anniversaire l'année au cours de laquelle l'assuré est décédé.

Article R634-6

Les dispositions de l'article R. 354-1, à l'exception de celles du deuxième alinéa, sont applicables aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 5 : Régimes complémentaires d'assurance vieillesse - Régimes d'assurance invalidité-décès

Section 1 : Généralités

Article R635-1

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension d'invalidité et de ses accessoires présentée par un assuré relevant du présent chapitre vaut décision de rejet.

Section 3 : Professions industrielles et commerciales

Sous-section 1 : Régimes complémentaires d'assurance-vieillesse.

Article R635-9

La Caisse nationale du régime social des indépendants gère le régime d'assurance vieillesse complémentaire des entrepreneurs du bâtiment organisé par le décret n° 50-60 du 11 janvier 1950 modifié.

Les opérations réalisées dans le cadre de ce régime font l'objet de comptes distincts de ceux des autres régimes relevant de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Article R635-10

I. # Les ressources du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 635-1, retracées dans la section décrite au 4° de l'article R. 611-70, sont constituées par :

1° Le produit des cotisations des assurés, ainsi que les majorations et pénalités de retard ;

2° Le produit des réserves techniques constituées ;

3° Les produits financiers ;

4° Les dons et legs ;

5° Le cas échéant, une part du produit des cotisations des régimes mentionnés à l'article L. 635-5 aux fins du financement des prestations mentionnées au 3° du II de l'article R. 635-11 ;

6° Toute autre recette instituée par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

II. # Les dépenses au titre du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 635-1, retracées dans la section décrite au 4° de l'article R. 611-70, sont constituées par :

1° Les dotations et, éventuellement, les subventions et avances versées aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations servies ;

2° La part des charges de fonctionnement et des dépenses en capital des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18, ainsi que les dépenses d'action sociale attribuées à la caisse nationale et aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8, au titre de la gestion du régime complémentaire obligatoire ;

3° Le financement de l'intégralité ou de certaines des prestations de capital-décès versées, le cas échéant, par les régimes mentionnés à l'article L. 635-5, sur la base d'un montant fixé annuellement par le conseil d'administration de la caisse nationale ;

4° Toute autre charge instituée en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Sous-section 2 : Régimes d'assurance invalidité-décès.

Article R635-11

I. # Les ressources des régimes d'assurance invalidité-décès mentionnés à l'article L. 635-5, retracées dans la section décrite au b des 2° et 3° de l'article R. 611-70, sont constituées, chacun en ce qui le concerne, par :

1° Le produit des cotisations des assurés, ainsi que les majorations et pénalités de retard ;

2° Les produits financiers ;

3° Les dons et legs ;

4° Le cas échéant, une part du produit des cotisations du régime mentionné à l'article L. 635-1 aux fins du financement des prestations mentionnées au 3° du II de l'article R. 635-10 ;

5° Toute autre recette instituée par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur.

II. # Les dépenses des régimes d'assurance invalidité-décès mentionnés à l'article L. 635-5, retracées dans la section décrite au b des 2° et 3° de l'article R. 611-70, sont constituées, chacun en ce qui le concerne, par :

1° Les dotations et, éventuellement, les subventions et avances versées aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8 pour le service des prestations servies ;

2° La part des charges de fonctionnement et des dépenses en capital des budgets mentionnés au 5° de l'article R. 611-18 ainsi que les dépenses d'action sociale versées à la caisse nationale et aux caisses de base mentionnées à l'article L. 611-8, au titre de la gestion du régime invalidité-décès ;

3° Le financement de la charge financière liée à l'attribution, le cas échéant, par le régime mentionné à l'article L. 635-1, de points de retraite complémentaire au titre des périodes d'invalidité, sur la base d'un montant fixé annuellement par le conseil d'administration de la caisse nationale ;

4° Toute autre charge instituée en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 1er : Organisation administrative.

Section 1 : Caisse nationale

Sous-section 1 : Le contrat pluriannuel

Article R641-0

I.-Le contrat pluriannuel mentionné au I de l'article L. 641-4-1 précise, pour une période de quatre à six ans :

1° Pour le régime de base et les régimes complémentaires :

- a) Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion des risques, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations ;
- b) Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;
- c) Les objectifs liés à la qualité de gestion des sections professionnelles ;
- d) Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ;

2° Pour le seul régime de base :

- a) Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et d'intervention ;
- b) Les objectifs d'amélioration de la productivité.

Le contrat prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition et au suivi des objectifs mentionnés au 1° et au 2° ci-dessus ;

3° Il détermine également :

- a) Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution du contrat, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;
- b) Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

II.-Les contrats et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis à la commission compétente de chaque assemblée mentionnée à l'article LO 111-9-1.

Article R641-0-1

Le contrat pluriannuel mentionné au I de l'article L. 641-4-1 est signé, pour le compte de la caisse nationale, par le président du conseil d'administration et par le directeur de la caisse nationale.

Article R641-0-2

Les contrats de gestion mentionnés au II de l'article L. 641-4-1 sont signés, pour le compte de la caisse nationale, par le président du conseil d'administration et par le directeur et, pour le compte de chacune des sections professionnelles, par le président du conseil d'administration et par le directeur.

Sous-section 2 : Modalités de consultation du conseil d'administration

Article R641-0-3

Les dispositions des articles R. 200-2, R. 200-3, R. 200-5 et R. 200-6 sont applicables aux consultations du conseil d'administration de la caisse nationale sur les projets mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 641-2.

Section 2 : Sections professionnelles.

Article R641-1

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales comprend dix sections professionnelles :

1° La section professionnelle des notaires ;

2° La section professionnelle des officiers ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires réunissant : les huissiers de justice, les personnes ayant la qualité de commissaire-priseur judiciaire ou de personne habilitée à diriger les ventes dans les conditions prévues à l'article L. 321-8 du code de commerce, les administrateurs judiciaires, les mandataires judiciaires, les greffiers des tribunaux de commerce, les arbitres près le tribunal de commerce ;

3° La section professionnelle des médecins ;

4° La section professionnelle des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes ;

5° La section professionnelle des pharmaciens ;

6° (Supprimé) ;

7° La section professionnelle des auxiliaires médicaux ;

8° La section professionnelle des vétérinaires ;

9° La section professionnelle des agents généraux d'assurance ;

10° La section professionnelle des experts-comptables ;

11° La section professionnelle des architectes, agrées en architecture, ingénieurs, techniciens, géomètres, experts et conseils, artistes auteurs ne relevant pas de l'article L. 382-1, enseignants, professionnels du sport, du tourisme et des relations publiques, et de toute profession libérale non rattachée à une autre section.

Article R641-2

Pour chaque section professionnelle, un conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme.

Article R641-3

Lorsque plusieurs sections se sont réunies pour réaliser une gestion administrative commune, l'obligation d'avoir un directeur et un agent comptable, prévue au premier alinéa de l'article L. 122-1, ne s'impose pas à chacune d'entre elles mais au groupe qu'elles ont constitué.

Article R641-4

Le conseil d'administration, ou les conseils d'administration s'il s'agit d'un groupe, nomment le directeur et l'agent comptable et mettent fin à leurs fonctions.

Les fonctions de directeur et d'agent comptable ne peuvent être confiés qu'à des ressortissants majeurs des Etats de l'Union européenne, jouissant de leurs droits civils et civiques et n'ayant pas fait l'objet de condamnations ou de sanctions prévues au chapitre VIII du titre II du livre Ier du code de commerce.

Les fonctions d'agent comptable ne peuvent en outre être confiées qu'à des personnes titulaires d'un diplôme de comptable reconnu par l'Etat ou justifiant d'une expérience d'au moins cinq ans dans les fonctions de comptable.

Article R641-5

Le directeur assure le fonctionnement de la section ou du groupe de sections suivant les directives et sous le contrôle du ou des conseils d'administration. Il nomme les agents de la section ou du groupe de sections avec l'accord du président en ce qui concerne les cadres et prend toute décision d'ordre individuel relative aux conditions générales d'emploi du personnel.

Chaque année, le directeur soumet au ou aux conseils les prévisions budgétaires concernant la gestion administrative et, le cas échéant, l'action sanitaire et sociale ainsi que les établissements d'action sanitaire et sociale gérés par la caisse. Il remet au ou aux conseils d'administration un rapport sur le fonctionnement administratif et financier de chaque section. Ce rapport doit être transmis au service mentionné à l'article R. 155-1 après examen par le conseil d'administration.

Dans les limites fixées par chaque conseil d'administration et sous son contrôle, le directeur engage les dépenses, constate les créances et les dettes, émet les ordres de recettes et de dépenses et peut, avec l'accord préalable du conseil d'administration et sous leur commune responsabilité, requérir qu'il soit passé outre au refus de visa ou de paiement éventuellement opposé par l'agent comptable.

Le directeur de la ou des sections professionnelles est le directeur de la publication de cette ou ces sections professionnelles.

Article R641-6

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur. Il est chargé, sous sa propre responsabilité et sous le contrôle du ou des conseils d'administration, de l'exécution des opérations financières de la section ou du groupe des sections.

Les conditions dans lesquelles sa responsabilité pécuniaire peut être mise en jeu sont définies par décret. Aucune sanction ne peut être prise contre lui s'il justifie avoir agi en conformité des dispositions dudit décret. Sa gestion est garantie par un cautionnement dont le montant minimum est fixé dans les conditions déterminées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, les comptes annuels de la ou les sections professionnelles sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels de la ou les sections professionnelles sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration qui, au vu de l'opinion émise par le commissaire aux comptes, les approuvent, sauf vote contraire à la majorité des membres.

Article R641-7

Les articles R. 641-8 à R. 641-23 déterminent les règles communes à l'élection des membres des conseils d'administration des sections professionnelles.

Pour les articles R. 641-7 à R. 641-23, les personnes en situation de cumul d'une pension de vieillesse et d'un revenu d'activité professionnelle dans les conditions définies à l'article L. 643-6 sont considérées comme allocataires.

Sous réserve des dispositions de l'article R. 641-11, les membres du conseil d'administration sont élus par les affiliés et les allocataires.

Les modalités, particulières à chaque section professionnelle, concernant l'élection de ses administrateurs, sont fixées par les statuts respectifs des sections. Il en est de même, le cas échéant, pour l'élection des administrateurs par les organes mentionnés à l'article R. 641-11.

Article R641-8

La préparation des élections et les opérations électorales sont effectuées à la diligence du conseil d'administration de chaque section professionnelle.

Article R641-9

Ne peuvent être électeurs en qualité de cotisants que les affiliés régulièrement inscrits à la section professionnelle dont ils relèvent et à jour de leurs cotisations, ces conditions s'appréciant au 31 décembre précédant l'année au cours de laquelle a lieu l'élection.

Les allocataires et, le cas échéant, les affiliés exonérés de cotisations sont électeurs dans les conditions fixées par les statuts des sections professionnelles.

Article R641-10

Les affiliés d'une section professionnelle peuvent être, si les statuts de la section le décident, répartis en collèges distincts si la section est composée de membres de professions différentes ou si les membres d'une même profession désirent être répartis en collèges territoriaux, sans que le nombre de ces collèges ne puisse être supérieur au nombre d'administrateurs prévu à l'article R. 641-13.

Article R641-11

Lorsqu'il existe soit un ordre professionnel, soit un conseil supérieur, soit une chambre nationale, institués par la loi, les statuts de la section professionnelle peuvent prévoir que les membres du conseil d'administration sont, en totalité ou en partie, élus par les organismes locaux, régionaux ou nationaux de ces ordre, conseil ou chambre.

Article R641-12

Sont éligibles tous les électeurs ayant, dans leur profession, le nombre d'années de cotisations requis pour l'éligibilité par les statuts de la section, sans que ce nombre puisse être inférieur à cinq.

Les statuts des sections professionnelles fixent les conditions dans lesquelles sont éventuellement éligibles les électeurs affiliés exonérés de cotisations et les allocataires.

Article R641-13

Les statuts de chaque section professionnelle fixent la composition de son conseil d'administration et le nombre des membres titulaires de ce conseil :

1° Dans la limite de 10 pour les sections professionnelles comptant moins de 10 000 cotisants ;

2° Dans la limite de 20 pour les sections professionnelles comptant entre 10 001 et 100 000 cotisants ;

3° Dans la limite de 25 pour les sections professionnelles comptant entre 100 001 et 200 000 cotisants ;

4° Dans la limite de 30 pour les sections professionnelles comptant plus de 200 000 cotisants.

Le nombre de cotisants de la section professionnelle, pour la détermination du nombre d'administrateurs dans les conditions prévues aux alinéas précédents du présent article, s'apprécie au 31 décembre de l'année précédant les élections des administrateurs.

Le nombre des administrateurs ayant la qualité d'allocataires est déterminé par les statuts des sections professionnelles. Il est au plus égal au tiers du nombre total de membres du conseil d'administration de la section professionnelle. Si un nombre entier ne résulte pas de l'application de ce taux, le résultat obtenu est arrondi au nombre entier immédiatement inférieur.

Lorsque les affiliés d'une section sont répartis en collèges professionnels ou territoriaux distincts, le conseil d'administration comprend au moins un administrateur pour chacun de ces collèges.

Article R641-13-1

Le conseil d'administration élit en son sein le président du conseil d'administration.

La durée totale du mandat du président du conseil d'administration ne peut excéder trois ans, renouvelable deux fois.

Article R641-14

Des membres suppléants, en nombre égal à celui des membres titulaires, sont élus en même temps et dans les mêmes conditions que ceux-ci.

Ils ne siègent qu'en cas d'absence du titulaire.

Article R641-15

Les déclarations de candidature sont adressées au président du conseil d'administration de la section professionnelle dans les conditions fixées par ses statuts.

Article R641-16

Les statuts peuvent prévoir soit le vote par voie électronique, soit le vote par correspondance, soit l'un et l'autre à la fois.

Le vote est secret.

Le vote par procuration est interdit.

Lorsque les affiliés d'une section sont répartis en collèges professionnels ou territoriaux distincts, chaque collège ne vote que pour ses propres candidats, tant titulaires que suppléants.

Article R641-17

Les résultats des élections des administrateurs, titulaires et suppléants, sont publiés au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale.

Article R641-18

Les administrateurs titulaires ou suppléants sont élus pour une période de six ans.

Lorsqu'un administrateur ayant la qualité de cotisant cesse d'exercer l'activité professionnelle qu'il avait lors de son élection, les conditions dans lesquelles il conserve ou non son mandat sont fixées par les statuts de la section professionnelle.

Tout administrateur titulaire qui cesse d'exercer son mandat avant l'expiration de celui-ci est remplacé par un suppléant. Les statuts des sections professionnelles fixent les conditions dans lesquelles ce suppléant est désigné.

L'administrateur suppléant appelé en remplacement d'un titulaire n'exerce la fonction que pour la durée restant à courir du mandat confié à son prédécesseur.

Article R641-19

Les statuts des sections professionnelles peuvent prévoir que les conseils d'administration sont renouvelables par moitié tous les trois ans. Dans ce cas, les membres qui ne restent en fonction que pendant la première période de trois ans sont soit volontaires, soit, en l'absence de volontaires, désignés par voie de tirage au sort.

Article R641-20

Les conseils d'administration sont renouvelés en entier lorsque le nombre de leurs membres élus directement titulaires devient, en cours de mandat, inférieur à la moitié du nombre des membres composant le conseil en vertu des statuts.

Article R641-21

Les administrateurs sortants sont toujours rééligibles.

Article R641-22

Les dépenses administratives entraînées par les opérations électorales sont imputées sur les frais de gestion administrative des sections professionnelles, chacune en ce qui la concerne.

Section 3 : Dispositions communes

Article R641-24

Les sections professionnelles sont considérées comme des organismes de base, au sens de l'article L. 153-2, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Article R641-25

Le montant du budget d'action sociale du régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales est décidé annuellement par le conseil d'administration de la caisse nationale sur proposition de son président avant le 31 décembre de l'exercice précédant celui de son utilisation. Ce budget ne peut excéder 1 % du total des prestations versées au titre de l'exercice précédent.

Un règlement de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, approuvé par le ministre chargé de la sécurité sociale, détermine les modalités d'affectation de ce budget, ainsi que les cas et conditions dans lesquelles l'action sociale est utilisée. Les statuts des sections professionnelles précisent, parmi ces cas et conditions, ceux mis en oeuvre au profit des actifs et des allocataires de la section professionnelle concernée.

Article R641-26

I. # Les sections professionnelles transmettent à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, avant le 15 novembre de l'année précédant chaque exercice :

1° Un état prévisionnel des dépenses au titre du service des prestations du régime d'assurance vieillesse de base ;

2° Un budget prévisionnel de gestion administrative ;

3° Une répartition des coûts de gestion administrative des différents régimes qu'elles gèrent.

Un règlement de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, approuvé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, détermine les modalités d'attribution aux sections professionnelles des sommes nécessaires à la gestion administrative du régime d'assurance vieillesse de base.

A défaut d'approbation de ce règlement, les budgets de gestion administrative du régime d'assurance vieillesse de base sont déterminés dans les conditions fixées au II du présent article.

II. # Le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales arrête, sur le rapport de son agent comptable, les clés de répartition des coûts de gestion administrative de l'ensemble des sections professionnelles.

Le budget de gestion administrative par affilié du régime d'assurance vieillesse de base correspond à la moyenne des coûts de gestion administrative par affilié de chaque section.

Lorsqu'une section professionnelle a des coûts de gestion administrative par affilié au titre de l'exercice à venir plus élevés que la moyenne, le président de la Caisse nationale l'invite à prendre les mesures appropriées pour que ces coûts puissent tendre vers cette moyenne. La section invitée à améliorer sa gestion doit présenter un plan de convergence dont la durée de réalisation ne peut excéder trois ans. Ce plan inclut le détail chiffré et justifié de l'ensemble des mesures propres à améliorer la situation constatée. Il peut inclure l'adhésion d'une section à un groupe ou comporter un échéancier de fusion du ou des régimes de retraite ou d'invalidité-décès de la section avec un ou plusieurs autres régimes de retraite ou d'invalidité-décès. Au vu de ce plan, le président de la Caisse nationale propose au conseil d'administration l'attribution d'une subvention spéciale permettant de couvrir tout ou partie des coûts de gestion administrative du régime d'assurance vieillesse de base de la section intéressée excédant le budget de gestion administrative déterminé en application de l'alinéa précédent. Le conseil d'administration approuve, avant le 31 décembre de chaque année, la dotation dont dispose chaque section au titre de la gestion administrative du régime d'assurance vieillesse de base pour l'exercice à venir.

Si, à la fin d'un exercice, le compte de gestion administrative d'une section professionnelle présente un excédent, celui-ci peut être affecté, sur proposition du président de la section intéressée, pour partie à l'action sociale de la section.

Si le compte de gestion administrative d'une section est déficitaire à la fin d'un exercice, le conseil d'administration de la caisse nationale, sur proposition de son président, peut soit décider l'amortissement

de tout ou partie du déficit sur le budget de gestion administrative de la section intéressée pour l'exercice suivant, soit accorder une subvention spéciale à ladite section.

En cas de carence dans l'exercice des compétences définies au présent article, le ministre chargé de la sécurité sociale peut, dans les cas prévus aux articles L. 153-4 et L. 153-5 du présent code, faire usage des pouvoirs qu'il tient de ses articles.

Article R641-27

Les sections professionnelles suivent dans des comptes distincts les opérations afférentes au régime d'assurance vieillesse de base, les opérations afférentes aux régimes d'assurance vieillesse complémentaire ainsi que celles afférentes aux régimes complémentaires d'assurance invalidité-décès.

Un compte de résultat est établi à la clôture des comptes pour chacun des régimes visés à l'alinéa précédent. Aucune compensation ne peut intervenir entre les résultats excédentaires et déficitaires de chaque régime.

Les régimes complémentaires doivent prévoir des avantages révisables chaque année, selon les ressources qui peuvent y être affectées.

Lorsqu'un régime complémentaire d'assurance vieillesse ou d'assurance invalidité-décès s'applique à plusieurs activités professionnelles particulières relevant de sections professionnelles distinctes, la gestion de ce régime est assurée par une des sections professionnelles intéressées sous le contrôle d'un comité composé de membres des professions en cause.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 2 : Organisation financière

Section 1 : Recouvrement

Article R642-1

En cas de recouvrement contentieux des cotisations du régime de base et du régime complémentaire, les cotisations du régime de base sont prélevées par priorité sur les sommes recouvrées.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 3 : Affiliation - Prestations de base

Section 1 : Affiliation à la section professionnelle.

Article R643-1

Par dérogation à l'article R. 622-4, la date d'effet de l'affiliation ou de la radiation d'une personne qui commence ou cesse d'exercer une profession libérale est le premier jour du trimestre civil suivant le début ou la fin de l'activité professionnelle.

Article R643-2

Les personnes exerçant ou n'ayant exercé qu'une profession libérale sont affiliées à la section professionnelle dont relève cette profession.

Article R643-3

La section professionnelle à laquelle doivent être affiliées les personnes exerçant ou ayant exercé simultanément plusieurs professions libérales relevant de sections professionnelles différentes est déterminée conformément aux dispositions énumérées ci-après par ordre de priorité dans leur application :

1°) lorsqu'une de leurs activités est exercée en vertu d'une nomination par l'autorité publique, elles sont affiliées à la section dont relève ladite activité ;

2°) lorsque plusieurs de leurs activités sont exercées en vertu de nomination par l'autorité publique, elles sont affiliées à la section dont relève l'activité exercée en vertu de leur première nomination ; toutefois, la nomination à une charge de notaire entraîne toujours affiliation à la section des notaires, à dater de la prestation de serment en cette qualité ;

3°) lorsqu'une de leurs activités relève d'un ordre professionnel institué en vertu d'une loi, elles sont affiliées à la section dont relève ladite activité ;

4°) lorsque plusieurs de leurs activités relèvent d'ordres professionnels institués en vertu de lois, elles sont affiliées à la section de leur choix, parmi celles auxquelles elles pourraient être affiliées ;

5°) dans tous les autres cas, elles sont affiliées à la section professionnelle de leur choix, parmi celles auxquelles elles pourraient prétendre être affiliées.

Dans les cas mentionnés aux 4° et 5° qui précèdent et à défaut de choix par la personne intéressée, son affiliation est effectuée au bénéfice de la section professionnelle la plus diligente à l'inscrire, sauf à l'intéressé à exprimer un choix dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception lui ayant été adressée par ladite section pour l'informer de son affiliation d'office.

Cette affiliation prend effet à la date mentionnée à l'article R. 643-1.

Article R643-4

Les experts qui exercent une profession relevant d'une section professionnelle sont affiliés à ladite section même lorsque leur activité se limite uniquement à des expertises.

Article R643-5

Pour les personnes venant à exercer simultanément plusieurs activités relevant du groupe des professions libérales mentionné à l'article L. 621-3 mais qui, lors de leur affiliation, n'exerçaient qu'une activité, l'affiliation ainsi déterminée ne peut être changée aussi longtemps qu'elles continuent à exercer la profession sur laquelle elle a été fondée, sauf si une des nouvelles professions exercées l'est en vertu d'une nomination par l'autorité publique ou comporte l'inscription à un ordre professionnel, auxquels cas une nouvelle affiliation est déterminée conformément aux dispositions des 1°, 2°, 3° et 4° de l'article R. 643-3.

Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des prestations de base.

Article R643-6

L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du trimestre civil qui suit la demande de l'intéressé.

Article R643-7

La réduction prévu au troisième alinéa du I de l'article L. 643-3 est fonction, soit du nombre de trimestres correspondant à la durée séparant l'âge auquel la pension de retraite prend effet du soixante-cinquième anniversaire s'ils remplissent les conditions prévues au 1° bis ou au 1° ter de l'article L. 351-8 ou aux III ou IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ou, dans le cas contraire, de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8, soit du nombre de trimestres supplémentaires qui serait nécessaire, à la date d'effet de la pension de retraite, pour relever du deuxième alinéa du I de l'article L. 643-3. Le nombre de trimestres correspondant est éventuellement arrondi au chiffre immédiatement supérieur. Le plus petit de ces deux nombres est pris en considération.

Le coefficient de minoration est égal à 1,25 % par trimestre manquant dans la limite de vingt trimestres.

Article R643-8

La majoration prévue au dernier alinéa du I de l'article L. 643-3 est applicable au titre des périodes d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplies à compter du 1er janvier 2004 après l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa du même article.

Cette majoration est égale à 0,75 % par trimestre.

Article R643-9

Il est statué sur l'inaptitude au travail par les sections professionnelles suivant les modalités fixées par les statuts de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales qui déterminent la procédure de constatation.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de retraite et de ses accessoires au titre de l'inaptitude au travail vaut décision de rejet.

Article R643-10

Lorsque les cotisations arriérées n'ont pas été acquittées dans le délai de cinq ans suivant la date de leur exigibilité, les périodes correspondantes ne sont pas prises en considération pour le calcul de la pension de retraite.

Article R643-11

Lorsqu'une personne a exercé successivement plusieurs professions libérales relevant de sections professionnelles distinctes, ses droits à l'assurance vieillesse de base sont liquidés par la section professionnelle à laquelle elle a été affiliée en dernier lieu.

Article R643-11-1

La faculté de versement prévue à l'article L. 642-2-2 en vue de la prise en compte par l'assurance vieillesse des périodes d'activité exercées en tant que conjoint collaborateur est ouverte aux personnes âgées, à la date à laquelle elles présentent la demande de versement, d'au moins vingt ans et de moins de soixante-sept ans et dont la pension de retraite dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales n'a pas été liquidée.

Cette faculté de versement est ouverte dans la limite du rachat de vingt-quatre trimestres.

La demande de versement est prise en compte pour un nombre entier de trimestres. Est considérée comme égale à un trimestre toute période de quatre-vingt-dix jours successifs au cours de laquelle le conjoint collaborateur a participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise. Lorsque la période de quatre-vingt-dix jours se partage sur deux années civiles successives, elle peut être considérée comme ayant été effectuée au cours de l'une ou l'autre de ces années dans la limite prévue à l'article R. 643-11-6.

Article R643-11-2

I. # Pour exercer la faculté de versement mentionnée à l'article R. 643-11-1, l'intéressé doit présenter une demande comportant, à peine d'irrecevabilité :

1° Les mentions et pièces justificatives permettant de l'identifier, de déterminer les périodes au titre desquelles la demande est présentée et de démontrer sa participation directe et effective à l'activité de l'entreprise ;

2° La mention de l'option pour l'une des deux possibilités ouvertes à l'article R. 643-11-3 ;

3° La mention éventuelle de l'option pour l'échelonnement mentionnée à l'article R. 643-11-4.

II. # La demande est adressée à la section professionnelle, mentionnée à l'article R. 641-1, compétente au titre de l'activité faisant l'objet d'une demande de versement.

Dans un délai de deux mois, la section professionnelle indique à l'intéressé s'il est admis ou non à effectuer un versement. A défaut de réponse dans le délai de deux mois suivant la réception de la demande, la demande est réputée rejetée.

En cas d'admission, la décision de la caisse notifiée à l'intéressé indique le nombre de trimestres pour lequel il est autorisé à acquitter des cotisations au cours de chacune des années civiles où se situent les périodes dont il demande la prise en compte, le nombre de trimestres susceptibles de faire l'objet d'un versement au titre de ces périodes, compte tenu des limites fixées en application des articles R. 643-11-1 et R. 643-11-6, le montant du versement correspondant à un trimestre et le montant total du versement correspondant au nombre de trimestres retenus.

III. # Lorsque le demandeur a opté pour l'échelonnement prévu à l'article R. 643-11-4, la décision précise également le montant qui résulte de ce choix et la date de paiement de chaque échéance.

La majoration des versements résultant de l'option pour l'échelonnement prévue à l'article R. 643-11-4 est notifiée au plus tard le 1er décembre de l'année précédant celle à laquelle elle doit être appliquée. Cette information est accompagnée de l'indication du montant de chaque échéance majorée pour l'année considérée.

IV. # La demande de rachat est déposée au plus tard le 31 décembre 2020.

Article R643-11-3

Le versement est pris en compte, au choix de l'intéressé :

1° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 643-7, sans que le versement donne lieu à l'attribution de points de retraite ;

2° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 643-7 et avec attribution d'un nombre de points de retraite égal, pour chaque trimestre au titre duquel le versement est pris en compte, au quart du nombre de points correspondant à une cotisation au régime pour un revenu égal à celui pris en compte en application de l'article R. 643-11-5.

Le choix de l'intéressé est exprimé dans la demande et est irrévocable.

Article R643-11-4

Lorsque la demande porte sur plus d'un trimestre, l'intéressé peut demander à opter pour un échelonnement du versement en échéances mensuelles selon les modalités prévues par un décret. Dans ce cas, le montant des cotisations est assorti d'une majoration.

Article R643-11-5

Le montant du versement correspondant au rachat d'un trimestre est déterminé en tenant compte de l'âge du conjoint collaborateur à la date à laquelle il présente sa demande, de la moyenne annuelle du total des salaires et des revenus d'activité non salariée qu'il a perçus au cours des trois dernières années et de l'option qu'il a choisie en application de l'article R. 643-11-3 et d'un taux d'actualisation décroissant appliqué en fonction de l'âge de l'intéressé à la date à laquelle il présente sa demande. Les modalités du calcul de ce montant sont précisées par décret.

Sauf si l'intéressé a été autorisé par la caisse à bénéficier de l'échelonnement prévu à l'article R. 643-11-4, le montant total du versement pour les trimestres pris en compte, calculé selon les dispositions de la présente section et notifié par la caisse dans sa décision d'admission, est versé en une seule fois.

Le montant total du versement est égal au produit du nombre de trimestres déterminés selon les modalités prévues au second alinéa de l'article R. 643-11-1 par la valeur du trimestre, déterminée selon les modalités prévues au présent article.

Article R643-11-6

La prise en compte du versement effectué en application des dispositions de l'article L. 642-2-2 ne peut avoir pour effet de porter à plus de quatre le nombre de trimestres d'assurance pris en compte par le régime d'assurance vieillesse des professions libérales au titre d'une même année civile.

Article R643-11-7

Le versement prend fin, dans des conditions fixées par décret :

1° Soit, si l'intéressé ne bénéficie pas d'un échelonnement, en cas de non-paiement ou de paiement partiel du versement ;

2° Soit, lorsque l'échelonnement a été autorisé, si à la date fixée par la décision d'admission au bénéfice du paiement échelonné une autorisation de prélèvement sur le compte bancaire ou d'épargne n'a pas été reçue ou si le premier paiement n'est pas parvenu pour son montant intégral à la caisse, ou lorsque le paiement de deux échéances mensuelles, successives ou non, n'a pas été intégralement effectué ;

3° Soit lorsque l'intéressé demande la liquidation de sa pension ;

4° Soit au décès de l'intéressé.

Sauf dans le cas mentionné au 4°, la caisse informe l'intéressé de l'interruption du versement. Elle calcule le nombre de trimestres validés qui seront pris en compte pour le calcul de la pension ainsi que le montant qui excède le versement correspondant à ces trimestres et qui fait l'objet d'un remboursement.

Section 3 : Ouverture du droit et liquidation des pensions de réversion

Article R643-12

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de réversion et de ses accessoires présentée par une personne relevant du présent chapitre vaut décision de rejet.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 4 : Régimes complémentaires vieillesse - Régimes invalidité-décès

Article R644-1

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension d'invalidité et de ses accessoires vaut décision de rejet.

Article R644-2

Les dispositions des articles L. 243-7 à L. 243-12-4, L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 à L. 244-12, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-7 sont applicables au recouvrement des cotisations aux régimes d'assurance vieillesse complémentaire prévus au premier alinéa de l'article L. 644-1 et aux régimes d'assurance invalidité-décès prévus à l'article L. 644-2.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 5 : Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Section 1 : Dispositions générales.

Article R645-1

La durée minimum d'exercice d'activité professionnelle mentionnée à l'article L. 645-1 est fixée à un an.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 5 : Dispositions communes à l'assurance maladie-maternité et à l'assurance vieillesse

Chapitre 1 : Contributions d'équilibre

Section 1 : Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Article R651-5-1

La demande de l'organisme de recouvrement mentionnée au premier alinéa de l'article L. 651-5-1 est motivée et adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'organisme de recouvrement, ayant constaté une inexactitude, une insuffisance, une omission ou une dissimulation dans les éléments servant au calcul de la contribution, notifie au redevable, par lettre recommandée avec accusé de réception, un document mentionnant l'objet des opérations de contrôle, les documents consultés, la période vérifiée, le mode de calcul et le montant du redressement envisagé.

Le redevable dispose d'un délai de trente jours pour faire part à l'organisme de recouvrement de sa réponse à cette notification, par lettre recommandée avec accusé de réception. Lorsque ce délai est écoulé, en l'absence de réponse ou si les observations de l'intéressé sont rejetées en tout ou en partie, la mise en recouvrement intervient sur la base du montant du redressement notifié ou en conséquence modifié.

Si les observations du redevable sont produites dans le délai légal, l'organisme de recouvrement est tenu de notifier à l'intéressé, par lettre recommandée avec accusé de réception, l'abandon total ou partiel du redressement dès lors qu'elles sont reconnues fondées ou de motiver leur rejet.

L'organisme ne peut engager la mise en recouvrement de la contribution et des majorations faisant l'objet du redressement avant l'expiration du délai de réponse prévu au troisième alinéa du présent article.

Le redevable qui ne s'est pas conformé aux prescriptions prévues au présent article est passible d'une amende de 1 500 Euros. L'amende est applicable dès l'expiration du délai de réponse mentionné au troisième alinéa du présent article.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 5 : Dispositions communes à l'assurance maladie-maternité et à l'assurance vieillesse

Chapitre 2 : Dispositions diverses.

Section 1 : Pénalités

Article R652-1

Sera punie de la peine d'amende applicable aux contraventions de la 5e classe toute personne physique proposant à une personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le livre VI, et qui n'est pas à jour des cotisations qu'elle doit à ce titre, de souscrire ou de renouveler un contrat ou une clause de contrat garantissant les risques couverts à titre obligatoire par ce régime.

Sera punie de la même peine toute personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le livre VI qui souscrit ou renouvelle un contrat ou une clause de contrat garantissant les risques couverts à titre obligatoire par ce régime alors qu'elle n'est pas à jour des cotisations qu'elle doit au titre de ce régime.

En cas de récidive, la peine d'amende encourue est celle qui est prévue pour la récidive des contraventions de la 5e classe.

Section 2 : Opposition entre les mains de tiers détenteurs

Sous-section 1 : Procédure d'opposition

Article R652-2

L'opposition prévue à l'article L. 652-3 est notifiée au tiers détenteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La lettre d'opposition comporte à peine de nullité :

1° Le nom du débiteur et l'adresse de son domicile ou, si elle est différente, celle de son établissement ;

2° Les nom et domicile du tiers détenteur ou, s'il s'agit d'une personne morale, sa dénomination et le lieu de son siège social ou de l'établissement distinct ;

3° La dénomination et le siège de l'organisme créancier au bénéfice duquel l'opposition est faite ;

4° La nature du titre exécutoire sur le fondement duquel l'opposition est effectuée ;

5° Le décompte distinct des cotisations et des majorations et pénalités de retard pour le recouvrement desquelles l'opposition est effectuée et la période à laquelle elles se rapportent ;

6° (Abrogé) ;

7° L'indication que l'opposition est effectuée sur le fondement des articles L. 652-3 et R. 652-2 à R. 652-8 du code de la sécurité sociale ;

8° L'indication que le tiers détenteur est personnellement tenu envers le créancier et qu'il lui est fait défense de disposer des sommes réclamées, dans la limite de ce qu'il doit au débiteur ;

9° L'indication que l'opposition emporte, à concurrence des sommes pour lesquelles elle est effectuée, attribution immédiate au profit du créancier ; qu'en cas d'insuffisance de fonds celui-ci vient en concours avec les autres créanciers, même privilégiés, auteurs de mesures de prélèvement emportant attribution immédiate notifiées au cours de la même journée ; que ni la notification ultérieure d'une autre mesure de prélèvement, ni la survenance d'un jugement portant ouverture d'une procédure de sauvegarde ou de redressement ou d'une liquidation judiciaires ne remettent en cause cette attribution ;

10° L'indication que le tiers détenteur dispose d'un délai de deux jours pour communiquer à l'organisme créancier tous renseignements et pièces justificatives relatifs à l'étendue de ses obligations à l'égard du débiteur ainsi que les modalités qui pourraient les affecter et, s'il y a lieu, les cessions de créances, délégations ou saisies antérieures ;

11° L'indication que le tiers détenteur qui se soustrait à ses obligations sans motif légitime peut être contraint d'y satisfaire sous peine d'astreinte et condamné au paiement des causes de l'opposition ;

12° L'indication que le tiers détenteur peut contester l'opposition dans le délai d'un mois à compter de la notification qui lui a été faite et la désignation de la juridiction compétente.

Lorsque l'opposition porte sur des fonds détenus par un organisme public tel que défini à l'article 1er du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable public, la lettre d'opposition doit, à peine de nullité, être adressée au comptable public assignataire de la dépense et contenir, outre les mentions précédentes, la désignation de la créance faisant l'objet de l'opposition. A cette fin, le créancier peut requérir de l'ordonnateur qu'il lui indique le comptable public assignataire de la dépense ainsi que tous les renseignements nécessaires à la mise en oeuvre de la mesure.

L'article R. 52-11 du code des postes et télécommunications et l'article L. 221-5 du code monétaire et financier sont applicables.

L'opposition peut être notifiée par voie électronique dans les conditions définies par le décret n° 2015-243 du 2 mars 2015.

Article R652-3

Dans le délai de huit jours à compter de la notification de l'opposition au tiers détenteur, à peine de caducité de celle-ci, le créancier adresse au débiteur une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, comportant les mentions prévues aux 1° à 9° de l'article précédent, l'indication qu'il peut contester l'opposition dans le délai d'un mois à compter de la notification qui lui a été faite et la désignation de la juridiction compétente.

Article R652-4

Tout intéressé peut demander que les sommes faisant l'objet de l'opposition soient consignées entre les mains d'un séquestre désigné à l'amiable ou, à défaut, sur requête par le juge de l'exécution visé à la sous-section 4. La remise des fonds au séquestre arrête le cours des intérêts dus par le tiers détenteur.

Sous-section 2 : Déclaration du tiers détenteur.

Article R652-5

Les informations prévues à l'article 44 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution, ainsi que les pièces justificatives, sont adressées au créancier par le tiers détenteur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans le délai de deux jours à compter de la notification de la lettre d'opposition.

Sous-section 3 : Paiement par le tiers détenteur.

Article R652-6

Le tiers détenteur procède au paiement sur la présentation d'un certificat délivré par le secrétariat-greffe du juge de l'exécution visé à la sous-section 4, attestant qu'aucune contestation n'a été formulée dans le mois suivant la notification de l'opposition au débiteur. Le paiement peut intervenir avant l'expiration de ce délai si le débiteur a déclaré au créancier ne pas contester l'opposition. Cette déclaration doit être constatée par écrit.

Le créancier qui a reçu le paiement en donne quittance au tiers détenteur et en informe le débiteur. Dans la limite des sommes versées, ce paiement éteint l'obligation du débiteur et du tiers détenteur. Si le débiteur se libère directement de sa dette entre les mains du créancier, celui-ci en informe le tiers détenteur et donne la mainlevée de l'opposition.

Le créancier qui n'a pas été payé par le tiers détenteur conserve ses droits contre le débiteur. En cas de refus de paiement par le tiers détenteur, la contestation est portée devant le juge de l'exécution visé à la sous-section 4, qui peut délivrer un titre exécutoire contre le tiers détenteur.

Les oppositions et toute autre mesure d'exécution emportant effet d'attribution immédiate lorsqu'elles sont reçues le même jour par le tiers détenteur, même si elles émanent de créanciers privilégiés, sont réputées faites simultanément et viennent en concours si les sommes disponibles ne permettent pas de désintéresser la totalité des créanciers. La réception ultérieure d'autres oppositions ou d'autres mesures d'exécution emportant effet d'attribution immédiate, même émanant de créanciers privilégiés, ainsi que la survenance d'un jugement portant ouverture d'une procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire ou d'une liquidation judiciaire ne remettent pas en cause l'effet d'attribution immédiate prévu par l'article L. 652-3.

Sous-section 4 : Contestations.

Article R652-7

Les contestations sont portées devant le juge de l'exécution du lieu où le débiteur a son domicile ou, s'il est différent, du lieu de son établissement. Si le débiteur demeure à l'étranger ou si le lieu où il demeure est inconnu, le juge de l'exécution compétent est celui du domicile du tiers détenteur ou, s'il s'agit d'une personne morale, du lieu de son siège social ou de l'établissement distinct.

Le juge de l'exécution donne effet à l'opposition pour la fraction non contestée de la dette. Sa décision est exécutoire sur minute. En cas d'appel, la demande de sursis à exécution n'a pas d'effet suspensif.

S'il apparaît que ni le montant de la créance faisant l'objet de l'opposition ni la dette du tiers détenteur n'est sérieusement contestable, le juge de l'exécution peut ordonner provisionnellement le paiement d'une somme qu'il détermine en prescrivant, le cas échéant, des garanties. Sa décision n'a pas autorité de chose jugée au principal.

Après la notification aux parties en cause de la décision rejetant la contestation, le tiers détenteur paie le créancier sur présentation de cette décision.

Sous-section 5 : Dispositions spécifiques aux créances à exécution successive.

Article R652-8

Les dispositions des sous-sections 1 à 4 de la présente section sont applicables en cas de créances à exécution successive, sous réserve de l'application des dispositions des articles R. 211-15 à R. 211-17 du code des procédures civiles d'exécution.

Une opposition à tiers détenteur sur des créances à exécution successive pratiquée à l'encontre d'un débiteur avant la survenance d'un jugement portant ouverture d'une procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire contre celui-ci produit ses effets sur les sommes échues en vertu de cette créance après ledit jugement.

Sous-section 6 : Dispositions spécifiques aux oppositions effectuées auprès d'établissements habilités par la loi à tenir des comptes de dépôt.

Article R652-9

Les dispositions des sous-sections 1 à 4 de la présente section sont applicables aux oppositions effectuées auprès d'établissements habilités par la loi à tenir des comptes de dépôt, sous réserve de l'application des dispositions des articles R. 112-5, R. 162-1 à R. 162-9, R. 211-19 à R. 211-21, R. 211-23 et R. 213-10 du code des procédures civiles d'exécution.

Lorsque l'opposition est effectuée sur un compte joint, le tiers détenteur, dans un délai de huit jours à compter de la notification de la lettre d'opposition, en informe les autres titulaires du compte par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Section 3 : Contrôle

Article R652-14

Les travailleurs non salariés des professions non agricoles sont tenus de présenter aux agents mentionnés à l'article L. 652-6 tous documents que ceux-ci leur demandent aux fins de l'exercice du contrôle, et notamment ceux concourant à la détermination de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et au montant de ces dernières.

Le cas échéant, ces agents doivent communiquer par écrit les observations faites au cours du contrôle au cotisant, qui peut y répondre dans un délai de quinze jours. A l'expiration de ce délai, ils transmettent le procès-verbal faisant état des observations, accompagné s'il y a lieu de la réponse de l'intéressé, à l'organisme dont ils relèvent.

Les agents chargés du contrôle peuvent également procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations.

Section 4 : Bonification de certaines pensions

Article R652-15

En application du premier alinéa de l'article L. 652-5, les personnes mentionnées audit article bénéficient d'une bonification de pension au titre de chacun de leurs mandats de président ou d'administrateur commencés après la publication de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, y compris dans les cas où des mandats sont exercés simultanément.

Cette bonification est calculée au moment de la liquidation de la pension. Elle est égale par année de mandat à un 1/240 du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année de la liquidation.

En cas de cessation d'activité, de démission ou de liquidation des droits à pension en cours de mandat, la durée ouvrant droit à la bonification est calculée du premier jour du mois suivant l'élection jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel prend effet la cessation d'activité, la démission ou la pension de vieillesse.

Article R652-16

La charge de la bonification incombe à l'organisation autonome d'assurance vieillesse dont relève l'activité professionnelle exercée pendant le mandat.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers

Dispositions diverses

Titre 4 : Assurance personnelle

Assurance volontaire

Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité

Section 1 : Dispositions concernant le régime des salariés

Sous-section 2 : Anciens assurés obligatoires.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 1er : Dispositions générales

Article R711-1

Restent soumis à une organisation spéciale de sécurité sociale, si leurs ressortissants jouissent déjà d'un régime spécial au titre de l'une ou de plusieurs des législations de sécurité sociale :

1°) les administrations, services, offices, établissements publics de l'Etat, les établissements industriels de l'Etat et l'Imprimerie Nationale, pour les fonctionnaires, les magistrats et les ouvriers de l'Etat ;

2°) les régions, les départements et communes ;

3°) les établissements publics départementaux et communaux n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ;

4°) les activités qui entraînent l'affiliation au régime d'assurance des marins français institué par le décret-loi du 17 juin 1938 modifié ;

5°) les entreprises minières et les entreprises assimilées, définies par le décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946, à l'exclusion des activités se rapportant à la recherche ou à l'exploitation des hydrocarbures liquides ou gazeux ;

6°) la société nationale des chemins de fer français ;

7°) les chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et les tramways ;

8°) les exploitations de production, de transport et de distribution d'énergie électrique et de gaz ;

9°) la Banque de France ;

10°) le Théâtre national de l'Opéra de Paris et la Comédie Française.

Section 1 : Ressources des assurances maladie et maternité garantissant les personnes assujetties à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article R711-2

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les modalités de versement des cotisations afférentes aux assurés soumis à un régime spécial pour une partie des législations de sécurité sociale.

Sous-section 1 : Cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les revenus de remplacement.

Article R711-3

Les dispositions des articles R. 243-36 à R. 243-41 et R. 246-2 sont applicables au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les indemnités, allocations et revenus de remplacement [*des allocations chômage*] mentionnés à l'article L. 131-2 servis par des personnes autres que l'employeur à des assurés relevant de l'un des régimes [*spéciaux*] de sécurité sociale prévus à l'article L. 711-1.

Article R711-4

Lorsque les avantages mentionnés à l'article R. 711-3 sont servis par l'employeur, les cotisations assises sur ces avantages sont versées par celui-ci à l'organisme chargé du recouvrement de cotisations d'assurance maladie dont il relève, dans les mêmes conditions, et suivant les mêmes modalités de contrôle et les mêmes sanctions que les cotisations assises sur les salaires payés par l'employeur.

Article R711-6

Bénéficient de l'exonération prévue au deuxième alinéa de l'article L. 711-2 :

1°) les personnes totalement privées d'emploi qui perçoivent soit l'un des avantages mentionnés à l'article R. 711-3 versés par les institutions prévues à la section V du chapitre 1er du titre V du livre III du code du travail, soit le revenu d'activité maintenu aux titulaires de l'indemnité de formation, lorsque le montant journalier de ces avantages n'excède pas le septième du produit de la valeur horaire du salaire minimum

de croissance en vigueur à la date du paiement par le nombre d'heures correspondant à la durée légale hebdomadaire du travail ;

2°) les personnes totalement privées d'emploi qui perçoivent les avantages mentionnés à l'article R. 711-4 lorsque le montant mensuel de ces avantages n'excède pas le douzième du produit de la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur à la date du paiement par le nombre d'heures correspondant à cinquante-deux fois la durée légale hebdomadaire du travail ;

3°) les personnes partiellement privées d'emploi, lorsque le montant cumulé de leur rémunération d'activité et des avantages mentionnés à l'article R. 711-3 n'excède pas la valeur déterminée, selon le cas, au 1° ou au 2° ci-dessus.

Les montants maximum des rémunérations et avantages déterminés en application des dispositions du présent article sont arrondis à l'euro supérieur.

Article R711-7

La cotisation prélevée sur l'avantage indemnisant la cessation d'activité est réduite, le cas échéant, de telle sorte que soit assuré au bénéficiaire de cet avantage un montant minimal de prestations correspondant au seuil d'exonération déterminé comme il est dit à l'article R. 711-6 ci-dessus.

En cas de cessation partielle d'activité, il est tenu compte, pour déterminer si le seuil d'exonération est atteint, du total constitué par l'avantage net indemnisant cette cessation et la rémunération nette d'activité.

Sous-section 2 : Cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les avantages de retraite

Paragraphe 1 : Cotisations assises sur les avantages de retraite servis aux ressortissants de certains régimes mentionnés à l'article L. 711-1

Article R711-9

La cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès à laquelle sont assujettis, en application de l'article L. 711-2, les pensionnés des régimes spéciaux qui sont placés sous le régime général de sécurité sociale pour les risques précités est précomptée par le régime qui assure le paiement des retraites et reversée par lui à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du siège de l'organisme débiteur.

La périodicité du versement de cette cotisation est celle qui est fixée pour le régime général par les articles R. 243-27 à R. 243-35 et R. 246-1.

Paragraphe 2 : Cotisations assises sur les avantages de retraite complémentaire servis par un organisme autre que les institutions des régimes spéciaux.

Article R711-13

L'encaissement des cotisations assises sur les avantages de retraite complémentaire servis aux pensionnés des régimes spéciaux par un organisme autre que les institutions gestionnaires desdits régimes est opéré par l'intermédiaire des organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale dans les conditions fixées aux articles R. 243-29 à R. 243-34.

Le régime général reverse annuellement aux régimes d'assurance maladie créanciers les cotisations qui leur sont dues en application de l'article L. 131-1. La répartition de ces cotisations est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, compte tenu des effectifs des retraités concernés de chacun des régimes.

Article R711-14

Les articles R. 243-59 et R. 244-3 s'appliquent au recouvrement des cotisations assises sur les avantages de retraite, le débiteur de ces avantages étant assimilé à l'employeur.

Pour l'application de ces articles, ainsi que de l'article L. 374-1, des sections 2 à 5 du chapitre 3 du titre IV du livre II et du chapitre 4 des mêmes titre et livre, le débiteur des avantages de retraite est assimilé à un employeur, l'avantage de retraite à un salaire et le bénéficiaire de cet avantage à un salarié.

Paragraphe 3 : Dispositions diverses.

Article R711-15

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 711-2, les conditions d'exonération des cotisations dues par les pensionnés des régimes spéciaux relevant des articles R. 711-1 et R. 711-24 sont celles fixées pour les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les avantages de retraite servis au titre d'une activité professionnelle relevant du régime général de sécurité sociale.

Il en est de même pour les titulaires des avantages de retraite servis par les organismes gestionnaires des régimes spéciaux en application des dispositions de la sous-section 1 de la section 1 du chapitre 3 du titre VII du livre Ier et des prestations de retraite complémentaires desdits avantages à la charge de ces mêmes organismes.

Article R711-16

Les dispositions des articles R. 133-1 à R. 133-3, R. 244-4, R. 244-5, R. 244-7 et R. 244-8 s'appliquent au recouvrement des cotisations prévues par la présente section.

Section 2 : Prestations.

Article R711-17

L'organisation spéciale de sécurité sociale prévue à l'article L. 711-1 assure aux travailleurs des branches d'activités ou entreprises mentionnées à l'article R. 711-1, pour l'ensemble des prestations de chaque risque, des prestations équivalentes aux prestations du régime général de sécurité sociale, sans que les avantages de même nature déjà accordés antérieurement au 1er juillet 1946 puissent être réduits ou supprimés.

Article R711-18

L'article R. 160-17 est applicable, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article R711-19

L'âge mentionné au dernier alinéa de l'article L. 711-11 est fixé à vingt et un ans.

Article R711-19-1

Lorsqu'une demande de liquidation ou de révision d'une pension de retraite et de ses accessoires, présentée par une personne relevant des régimes spéciaux prévus aux 5°, 6°, 7° et 9° de l'article R. 711-1, ainsi que des régimes spéciaux des clercs et employés de notaire et du Port autonome de Strasbourg est subordonnée à l'appréciation de l'état de santé de l'intéressé, le silence gardé pendant plus de quatre mois sur cette demande vaut décision de rejet.

Article R711-19-2

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de réversion et de ses accessoires présentée par une personne relevant de l'un des régimes spéciaux mentionnés

aux 1° à 9° de l'article R. 711-1 et à l'article R. 711-24, à l'exception des personnes relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, vaut décision de rejet.

Article R711-19-3

Le silence gardé pendant plus de six mois sur la demande de validation rétroactive de services présentée par une personne relevant de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article R. 711-1, à l'exception des personnes relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, vaut décision de rejet.

Section 3 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article R711-20

Les chapitres 2 à 4 du titre IV du livre I s'appliquent, sous réserve des dispositions des articles R. 711-21 et R. 711-22, aux contestations concernant les régimes spéciaux de sécurité sociale mentionnés aux articles R. 711-1 et R. 711-24, lorsqu'elles ne relèvent pas, par leur nature, d'un autre contentieux.

Article R711-21

Lorsque la gestion du régime spécial est confiée à un conseil d'administration ou à un comité, quelle que soit sa dénomination, dans lequel les assurés et les employeurs sont représentés, la commission prévue à l'article R. 142-1 est composée et fonctionne selon les modalités fixées en application de cet article.

Dans le cas contraire, les réclamations sont portées devant une commission comprenant, pour moitié, des représentants des assurés désignés par les organisations syndicales les plus représentatives et, pour moitié, des représentants de l'employeur désignés par celui-ci.

Sous cette réserve, les dispositions des articles R. 142-1 à R. 142-6 sont applicables.

Dans tous les cas, le pouvoir de décision en matière gracieuse reste dévolu à l'autorité prévue par la législation ou la réglementation applicable au régime spécial, qui peut, toutefois, déléguer à la commission tout ou partie de ses pouvoirs, conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 142-4.

Article R711-23

Les décrets mentionnés à l'article L. 711-1 déterminent également les modalités de liaison de l'organisation spéciale avec l'organisation générale de la sécurité sociale en ce qui concerne notamment :

1°) la compensation nationale des charges de famille ;

2°) l'action sanitaire et sociale et la prévention des accidents du travail.

Article R711-24

Des décrets fixent la date d'immatriculation au régime général de sécurité sociale des salariés mentionnés à l'article 23 du décret du 28 octobre 1935 qui ne relèvent pas d'une branche d'activité ou d'une entreprise soumise à une organisation spéciale de sécurité sociale en application de l'article R. 711-1. Jusqu'à cette date, les dispositions antérieurement en vigueur demeurent applicables.

Les décrets mentionnés au premier alinéa déterminent les conditions dans lesquelles les cotisations d'assurances sociales viennent en déduction des cotisations prévues par le régime spécial.

Les décrets mentionnés au premier alinéa fixent les modalités de la transformation du régime spécial en régime complémentaire des assurances sociales et, le cas échéant, les conditions dans lesquelles les prestations du régime spécial se cumulent avec celles du régime général de sécurité sociale. En ce qui concerne l'assurance vieillesse et l'assurance invalidité, les institutions du régime spécial peuvent être subrogées dans les droits des assurés à l'égard des prestations qui seraient dues à ces derniers au titre de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

En aucun cas, la transformation du régime spécial ne doit avoir pour conséquence la suppression des avantages de même nature prévus par le régime spécial en faveur de la catégorie intéressée, compte tenu des avantages dont celle-ci bénéficie au titre du régime général de sécurité sociale.

Les décrets mentionnés au premier alinéa déterminent la part des charges du régime spécial qui incombe au régime général de sécurité sociale en contrepartie des cotisations qui sont versées à ce dernier. Il est tenu compte, à cet égard, des droits que les intéressés auraient acquis sous le régime général s'ils avaient été affiliés à ce régime pendant la période au cours de laquelle ils ont été soumis au régime spécial en application de l'article 23 du décret du 28 octobre 1935.

Article R711-25

Les stagiaires de la formation professionnelle continue rémunérés par l'Etat dans les conditions définies au titre VI du livre IX du code du travail qui relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale de salariés bénéficient des dispositions des articles R. 373-1 à R. 373-4.

Article R711-26

Le décret prévu à l'article L. 711-12 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et des ministres intéressés.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 2 : Régime des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats

Section 3 : Organisation administrative.

Article R712-1

Les modalités de calcul et de répartition des remises de gestion qui sont destinées à la couverture des frais de gestion administrative afférents au service des prestations légales aux fonctionnaires sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé du budget.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 3 : Régime des militaires

Section 2 : Dispositions relatives aux soins et aux prestations

Sous-section 1 : Prestations en nature.

Article R713-1

L'article R. 160-17 est applicable, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent du présent chapitre.

Section 4 : Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Article R713-2

La caisse nationale militaire de sécurité sociale instituée par l'article L. 713-19 est un établissement public national à caractère administratif doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

Article R713-3

La caisse nationale militaire de sécurité sociale est administrée par un conseil d'administration comprenant :

1°) un conseiller d'Etat en activité ou honoraire, ou un conseiller ou ancien conseiller d'Etat en service extraordinaire, désigné pour trois ans par l'assemblée générale du conseil d'Etat, président. Son mandat est renouvelable ;

2°) onze membres représentant l'Etat ;

3°) onze membres représentant les affiliés à la caisse.

Les représentants de l'Etat sont :

- 1° Le secrétaire général pour l'administration du ministère de la défense ou son représentant ;
- 2° Le directeur du service de santé des armées ou son représentant ;
- 3° Le directeur chargé des actions sociales ou son représentant ;
- 4° Le directeur des services financiers ou son représentant ;
- 5° Sept membres désignés par le ministre de la défense.

Les représentants de l'Etat autres que les membres de droit sont désignés pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

Les représentants des affiliés à la caisse sont :

- 1° Un officier et un membre non officier de l'armée de terre ;
- 2° Un officier et un membre non officier de la marine ;
- 3° Un officier et un membre non officier de l'armée de l'air ;
- 4° Un officier et un membre non officier de la gendarmerie ;
- 5° Un ingénieur de statut militaire ;
- 6° Deux représentants des personnels retraités.

Les représentants des affiliés sont désignés par le ministre de la défense pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

Au conseil d'administration sont adjoints, avec voix consultative :

- 1° Un médecin désigné pour trois ans par la Confédération générale des syndicats médicaux ;
- 2° Un représentant du Conseil supérieur de la fonction militaire désigné, pour la durée de son mandat, par le ministre de la défense sur proposition du Conseil supérieur de la fonction militaire ;
- 3° Un représentant du personnel de la caisse élu dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la défense et de la sécurité sociale.

Leurs mandats sont renouvelables.

Assistent aux séances du conseil d'administration, avec voix consultative, le directeur de la caisse nationale militaire de sécurité sociale et le contrôleur budgétaire.

Les administrateurs qui, au cours de leur mandat, perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été désignés sont remplacés par l'autorité ayant procédé à leur désignation. Le mandat des nouveaux administrateurs cesse à la même date que celui des administrateurs qu'ils remplacent.

En cas de vacance, le conseil d'administration doit être complété dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle la vacance s'est produite.

Un commissaire du Gouvernement représentant le ministre chargé de la sécurité sociale assiste aux séances du conseil et des commissions ayant reçu délégation de celui-ci. Il est entendu chaque fois qu'il le demande.

Article R713-4

Le conseil d'administration se réunit au moins quatre fois par an et toutes les fois qu'il est convoqué par son président. Il ne peut délibérer valablement que si onze au moins de ses membres sont présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Article R713-5

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la caisse.

Sous réserve de l'application des dispositions prévues par les titres Ier et III décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique les délibérations du conseil d'administration deviennent exécutoires de plein droit s'il n'y a pas opposition du ministre chargé du budget ou du ministre chargé de la sécurité sociale, dans les vingt jours qui suivent la communication à eux faite des délibérations. Cette communication doit obligatoirement intervenir dans les vingt jours qui suivent la séance. En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut, en accord avec le ministre chargé du budget, viser une délibération pour exécution immédiate.

Au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification, il approuve les comptes sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

Article R713-6

Le règlement du service des prestations, établi par le conseil d'administration, est soumis à l'approbation du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale. Il ne peut être modifié que dans les mêmes formes.

Article R713-7

Le conseil d'administration procède à l'étude de tous les problèmes sanitaires et sociaux concernant les affiliés à la caisse. Il arrête chaque année le programme de l'action sanitaire et sociale que la caisse, agissant en liaison avec le service de l'action sociale et la direction du service de santé du ministère chargé des armées, est chargée de promouvoir en faveur de ses ressortissants. Il pourvoit, pour ce qui relève de ses attributions, à la mise en oeuvre de ce programme.

Article R713-8

Le conseil d'administration fixe le montant des crédits affectés chaque année à la réalisation de l'action sanitaire et sociale ainsi que, le cas échéant, à l'attribution des prestations supplémentaires, dans les limites

fixées par arrêté conjoint du ministre de la défense, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

La nature des prestations supplémentaires et les catégories de bénéficiaires sont fixées dans une annexe du règlement du service de prestations soumise à l'approbation du ministre de la défense, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Pour l'attribution des prestations supplémentaires, le conseil d'administration délègue ses pouvoirs à une commission composée de quatre membres choisis dans son sein.

Article R713-9

Le directeur et le ou les directeurs adjoints de la caisse nationale militaire de sécurité sociale sont nommés par décret pris sur le rapport des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la défense après avis du conseil d'administration. Il est mis fin à leurs fonctions par décret.

Le directeur de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale et le ou les directeurs adjoints sont nommés parmi les personnes remplissant l'une des conditions suivantes :

- a) Etre inscrit sur la liste d'aptitude mentionnée à l'article R. 123-45 du code de la sécurité sociale ;
- b) Etre depuis huit ans militaire ou fonctionnaire de catégorie A et avoir une expérience dans le domaine de la protection sociale ou de l'action sociale.

Article R713-10

Le directeur de la caisse nationale militaire de sécurité sociale assure le fonctionnement de la caisse, sous le contrôle du conseil d'administration. A cet effet, il prend toutes mesures utiles pour assurer l'application des textes législatifs et réglementaires et celle des délibérations exécutoires du conseil d'administration.

Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile et peut former pourvoi devant toutes les juridictions. Il conclut les transactions et en rend compte au conseil d'administration à sa plus prochaine séance.

Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement dans les conditions prévues par les titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Il arrête les comptes annuels du régime.

Le directeur a sous son autorité le personnel de la caisse. Il a délégation permanente pour signer les arrêtés de concession de pension concernant les fonctionnaires de la caisse, à l'exception des arrêtés pris à l'égard des fonctionnaires nommés par décret.

Article R713-11

Le ou les directeurs adjoints assistent le directeur de la caisse dans l'exercice de ses fonctions. Lorsqu'il y a plusieurs directeurs adjoints, le directeur désigne celui d'entre eux qui le remplace en cas d'absence ou d'empêchement. Ce dernier exerce dans ce cas les pouvoirs confiés au directeur par la présente section.

En cas d'absence momentanée ou d'empêchement d'un directeur adjoint, le directeur peut, avec l'autorisation du conseil d'administration, se faire suppléer dans ses fonctions d'ordonnateur, par un agent de la caisse spécialement désigné à cet effet.

Article R713-12

Sous l'autorité technique du directeur central du service de santé des armées, le médecin-chef des services médicaux est responsable du fonctionnement du service du contrôle médical.

Il est le conseiller technique du conseil d'administration de la caisse et du directeur, notamment en matière sanitaire et sociale.

Le médecin-chef adjoint assiste le chef des services médicaux dans l'exercice de ses fonctions et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

Article R713-13

Le médecin-chef des services médicaux de la caisse nationale militaire de sécurité sociale et le médecin-chef adjoint sont choisis sur une liste d'aptitude de trois médecins des armées établie, pour chacun de ces emplois, par le directeur central du service de santé des armées.

La nomination est prononcée par le directeur de la caisse nationale militaire de sécurité sociale, après accord du conseil d'administration *autorités compétentes*.

La caisse nationale militaire de sécurité sociale assure aux médecins des armées ainsi nommés les émoluments correspondant aux soldes, accessoires de soldes et indemnités attachés à leur grade.

Article R713-14

La Caisse nationale militaire de sécurité sociale est soumise aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Article R713-15

Le budget comprend l'ensemble des prévisions de recettes et de dépenses de l'établissement. Il est présenté de manière à faire apparaître séparément les prévisions des services administratifs, celles du contrôle médical, et celles de l'action sanitaire et sociale.

Les crédits ouverts pour le paiement des prestations obligatoires ont un caractère évaluatif.

Article R713-17

Indépendamment des contrôles prévus par le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, les opérations de la caisse nationale militaire de sécurité sociale sont soumises aux vérifications du contrôle général des armées et de l'inspection générale de la sécurité sociale.

Article R713-18

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 713-21 est pris par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Les mêmes ministres approuvent la convention prévue au dernier alinéa du même article.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 2 : Régimes divers de non salariés et assimilés

Chapitre 1er : Régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses

Section 2 : Organisation de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes et assurance vieillesse.

Sous-section 3 : Cotisations.

Article R721-37

La mise en demeure prévue à l'article L. 244-2 est adressée par la caisse au débiteur vingt jours après la date d'échéance. Elle ne peut concerner que les périodes relevant du régime institué par l'article L. 721-1, comprises dans les trois années qui précèdent la date de son envoi.

La mise en demeure donne le détail des sommes réclamées au titre des cotisations, des pénalités et des majorations de retard.

Elle précise que la dette peut être contestée dans le délai d'un mois par une réclamation adressée à la commission de recours amiable et accompagnée de la mise en demeure. Elle indique l'adresse de ladite commission.

Article R721-38

A défaut de règlement dans le délai d'un mois à partir de la mise en demeure, le directeur de la caisse peut délivrer une contrainte dans les conditions fixées par l'article L. 244-9 et la section 2 du chapitre III du titre III du livre Ier.

Article R721-39

L'admission en non-valeur des cotisations ne peut être prononcée par le conseil d'administration moins d'un an [*délai*] après la date de leur exigibilité et seulement en cas d'insolvabilité du débiteur et de disparition du débiteur ne laissant aucun actif saisissable.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 2 : Régimes divers de non salariés et assimilés

Chapitre 2 : Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)

Section 1 : Champ d'application - Affiliation.

Article R722-1

La durée d'exercice d'activité mentionnée au 1° du deuxième alinéa de l'article L. 722-1 est fixée à un mois.

Article R722-2

La durée minimum d'exercice d'activité mentionnée au premier alinéa de l'article L. 722-2 est fixée à cinq ans.

Section 3 : Prestations.

Article R722-3

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 722-6 et sous réserve des modalités de coordination entre les régimes d'assurance maladie, les prestations cessent d'être accordées aux personnes mentionnées à l'article L. 722-1 à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date soit de cessation d'effet de la convention ou de l'adhésion personnelle, soit de cessation de l'exercice non salarié de la profession.

Article R722-4

L'assuré qui cesse d'appartenir au régime d'assurance maladie, maternité, décès prévu au présent chapitre et, sans interruption, relève du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles institué par le titre I du livre VI ou réciproquement est régi par les dispositions suivantes.

Le droit aux prestations prévues par le régime auquel appartenait l'assuré lui est supprimé, sous réserve des dispositions de l'article L. 161-15-2, à l'expiration du délai d'un mois à compter du jour où il a cessé de remplir les conditions d'assujettissement à ce régime.

Si le nouveau régime dont il relève est le régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles, le droit aux prestations lui est ouvert à l'expiration du délai d'un mois à compter de la date d'effet de l'affiliation comportant obligation de cotiser.

Si le nouveau régime dont il relève est le régime d'assurance maladie, maternité, décès prévu au présent chapitre, le droit aux prestations lui est ouvert dans les conditions prévues pour l'application de l'article L. 722-6.

Article R722-5

L'article R. 160-17 est applicable sauf dispositions plus favorables aux personnes qui relèvent du présent chapitre.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 2 : Régimes divers de non salariés et assimilés

Chapitre 3 : Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès)

Section 1 : Organisation administrative et financière

Sous-section 1 : Organisation administrative - Caisse nationale des barreaux français.

Article R723-1

La caisse instituée à l'article L. 723-1 est un établissement privé, dont le siège est à Paris. Elle est administrée par un conseil d'administration, dont les membres sont désignés dans les conditions prévues aux articles R. 723-3 à R. 723-6.

Article R723-2

L'assemblée générale se compose de :

- 1° Deux délégués désignés par l'ordre des avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation ;
- 2° Cent vingt-neuf délégués élus par tous les avocats inscrits au tableau ou admis au stage, affiliés à la caisse et étant en règle au 31 décembre de l'année précédente pour le paiement de leurs cotisations, à l'exception des avocats qui bénéficient des dispositions de l'article L. 723-11-1 ;
- 3° Quatorze délégués élus par les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'invalidité y compris les avocats qui bénéficient des dispositions de l'article L. 723-11-1.

Les délégués sont élus ou désignés pour six ans au scrutin secret. Les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de suffrages sont proclamés élus. En cas de décès ou de démission d'un délégué élu, celui-ci est remplacé, sans qu'il y ait lieu de procéder à de nouvelles élections, par le candidat non élu ayant obtenu le plus grand nombre de voix.

Les statuts fixent les modalités des élections ; ils prévoient notamment, pour les avocats inscrits au tableau ou admis au stage, la constitution de groupements correspondant au ressort d'une ou de plusieurs cours d'appel et le nombre des délégués élus par chaque groupement.

Sont déclarés démissionnaires d'office, par l'assemblée générale, les délégués qui, sans excuse valable, n'ont pas assisté à trois séances successives de l'assemblée générale.

Article R723-3

Le conseil d'administration comprend trente-huit membres titulaires et trente-huit membres suppléants.

Pour chaque groupe, les membres sont désignés ainsi qu'il suit :

1° Un parmi les avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation ;

2° Douze parmi les avocats au barreau de Paris ;

3° Vingt et un parmi les avocats des autres barreaux ;

4° Quatre parmi les bénéficiaires d'une pension de retraite ou d'invalidité.

Article R723-4

L'administrateur titulaire et l'administrateur suppléant représentant les avocats au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation sont désignés pour six ans par le conseil de l'ordre.

Les administrateurs titulaires et les administrateurs suppléants représentant les bénéficiaires d'une pension de retraite sont élus pour six ans par leurs délégués à l'assemblée générale.

Les administrateurs mentionnés au présent article sont indéfiniment renouvelables.

Article R723-5

Les autres membres du conseil d'administration sont élus pour six ans et indéfiniment renouvelables.

Ils sont élus par les délégués mentionnés à l'article R. 723-2 réunis en un seul collège, à la majorité absolue des membres présents.

Si, après un premier tour de scrutin, des sièges restent à pourvoir, il est procédé à un deuxième tour ; l'élection a lieu alors à la majorité relative.

Les membres suppléants sont élus dans les mêmes conditions.

Les autres modalités de l'élection des administrateurs sont fixées par les statuts.

Article R723-6

Les procès-verbaux de l'élection des membres de l'assemblée générale et de l'élection des administrateurs sont adressés, dans un délai de cinq jours, au procureur général près la cour d'appel dans le ressort duquel est situé le siège de la caisse.

Dans les dix jours de l'élection, tout électeur peut déposer au greffe de la cour d'appel du siège de la caisse une réclamation sur la régularité de l'élection. Dans les dix jours de la réception du procès-verbal, le procureur général a le même droit.

Article R723-7

Les fonctions d'administrateur sont gratuites ; elles donnent droit, s'il y a lieu, au remboursement des frais de déplacement et au versement d'indemnités dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R723-8

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un bureau comprenant un président, huit vice-présidents et un secrétaire. Les vice-présidents peuvent suppléer le président en cas d'empêchement.

Le président est élu pour deux années consécutives. La présidence appartient alternativement à un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation ou à un avocat du barreau de Paris d'une part, à un avocat appartenant à un barreau des départements d'autre part.

Les autres membres du bureau sont élus pour un an.

Article R723-9

Le conseil d'administration se réunit au moins une fois par trimestre ; il est en outre convoqué chaque fois qu'il est nécessaire par son président, soit sur l'initiative de celui-ci, soit sur la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, soit sur la demande du quart au moins des membres du conseil.

Article R723-10

Le conseil d'administration ne peut valablement délibérer que si le tiers au moins des membres en exercice assiste à la séance. Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article R723-11

Les administrateurs suppléants peuvent assister au conseil d'administration. Ils ne peuvent participer au vote que lorsqu'ils sont appelés à remplacer, dans les conditions fixées par les statuts, les administrateurs titulaires de la même catégorie.

Article R723-12

Sont déclarés démissionnaires d'office, par le conseil d'administration, les administrateurs titulaires ou suppléants qui, sans excuse valable, n'ont pas assisté à trois séances consécutives du conseil d'administration.

Lorsqu'un administrateur cesse d'exercer l'activité professionnelle qu'il avait lors de son élection, les conditions dans lesquelles il conserve ou non son mandat sont fixées par les statuts de la Caisse nationale des barreaux français.

Tout administrateur titulaire qui cesse d'exercer son mandat avant l'expiration de celui-ci est remplacé par un suppléant. Les statuts de la Caisse nationale des barreaux français fixent les conditions dans lesquelles ce suppléant est désigné.

L'administrateur suppléant appelé en remplacement d'un titulaire n'exerce la fonction que pour la durée restant à courir du mandat confié à son prédécesseur.

Article R723-13

Sous réserve des dispositions de l'article L. 723-1, les statuts de la Caisse nationale des barreaux français sont arrêtés, sur proposition du conseil d'administration, par l'assemblée générale des délégués.

L'arrêté prévu au troisième alinéa de l'article L. 723-1 est pris par le ministre chargé du budget et le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R723-14

Un directeur est nommé par le conseil d'administration et agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Un agent comptable est nommé par le conseil d'administration et agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Ni le directeur, ni l'agent comptable ne peuvent être choisis parmi les membres du conseil d'administration.

Le retrait de l'agrément par l'un des ministres intéressés entraîne pour ces agents la cessation de leurs fonctions.

Le directeur et l'agent comptable peuvent être révoqués par le conseil d'administration.

Article R723-15

Le directeur assure, sous le contrôle du conseil d'administration, le fonctionnement de la caisse. Il assiste, avec voix consultative, aux séances du conseil.

Le directeur a seule autorité sur le personnel. Il fixe l'organisation du travail dans les services et prend toutes mesures d'ordre individuel ou collectif relative aux conditions générales d'emploi du personnel.

Dans les limites fixées par le conseil d'administration, il engage les dépenses, constate les créances et les dettes, émet les ordres de recettes et de dépenses.

Il peut, avec l'accord préalable du conseil d'administration, requérir qu'il soit passé outre au refus de visa ou de paiement éventuellement opposé par l'agent comptable.

Article R723-16

L'agent comptable est placé sous l'autorité administrative du directeur. Il est chargé, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, dans les conditions qui sont précisées par les statuts, de l'ensemble des opérations financières de la caisse.

Avant d'entrer en fonctions, l'agent comptable est assujéti à un cautionnement dont le montant, fixé par le conseil d'administration, ne peut être inférieur au minimum du cautionnement auquel sont astreints les agents comptables des caisses de sécurité sociale. Ce cautionnement est réalisé en numéraire ou en rentes sur l'Etat. Il est déposé à la Caisse des dépôts et consignations dans les conditions déterminées par les consignes administratives. Toutefois, il peut être remplacé, avec l'autorisation du conseil d'administration, par l'affiliation de l'agent comptable à une association de cautionnement mutuel.

Le conseil d'administration ne peut délivrer un certificat de quitus à l'agent comptable lors de la cessation de ses fonctions qu'après une vérification complète de sa gestion effectuée par un fonctionnaire dépendant soit du ministre chargé de la sécurité sociale, soit du ministre chargé du budget. Le certificat de quitus ne peut être délivré qu'à l'expiration d'un délai de trois mois à dater de la cessation des fonctions.

Article R723-17

Le conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français fixe le montant de l'encaisse que l'agent comptable est autorisé à conserver.

Sous-section 2 : Ressources.

Article R723-18

La cotisation prévue au premier alinéa de l'article L. 723-5 et la cotisation prévue au premier alinéa de l'article L. 723-6 sont dues par tous les avocats affiliés à la Caisse nationale des barreaux français. Leurs montants respectifs sont fixés, chaque année, sur proposition du conseil d'administration de la caisse, par l'assemblée générale prévue à l'article R. 723-2, statuant à la majorité simple des membres présents ou représentés. Dans le cas où cette majorité n'est pas réunie, le montant de chacune de ces cotisations est de plein droit égal à celui de l'année précédente.

Article R723-19-1

La cotisation d'assurance invalidité-décès d'un conjoint collaborateur est une cotisation forfaitaire égale au quart ou à la moitié de la cotisation forfaitaire obligatoire dont est redevable l'avocat en vertu de l'article L. 723-6.

Cette cotisation est due pour tous les conjoints collaborateurs affiliés à la Caisse nationale des barreaux français en vertu de l'article R. 723-32. Elle est exigible et versée dans les conditions prévues aux articles R. 723-20 et R. 723-25.

Article R723-19-2

Le choix de la fraction retenue pour le calcul de la cotisation définie à l'article R. 723-19-1 est effectué par le conjoint collaborateur et communiqué par écrit à la Caisse nationale des barreaux français au plus tard deux mois suivant son affiliation. Si aucun autre choix de cotisation n'est effectué, la cotisation est égale au quart de celle due par l'avocat.

Ce choix s'applique pour la première fois aux cotisations dues au titre de l'année d'affiliation et des deux années civiles suivantes. Sauf demande contraire du conjoint collaborateur effectuée par écrit au plus tard un mois avant la fin de la dernière année civile considérée, ce choix est reconduit pour une période de trois ans renouvelable dans les mêmes conditions.

Article R723-20

Pour les avocats non salariés, en cas d'inscription au tableau ou sur la liste du stage en cours d'année civile, et pour les conjoints collaborateurs, en cas de réception par le centre de formalités des entreprises de la déclaration mentionnée au 1° ou au 2° de l'article R. 121-5 du code de commerce en cours d'année civile, la cotisation forfaitaire mentionnée au premier alinéa de l'article L. 723-5 est réduite au prorata de la durée d'affiliation.

En cas de cessation d'inscription au tableau ou sur la liste du stage en cours d'année civile ou de radiation du conjoint collaborateur dans les conditions mentionnées au 3° de l'article R. 121-5 du code de commerce, la cotisation forfaitaire mentionnée au premier alinéa de l'article L. 723-5 est réduite au prorata de la durée d'affiliation. Si les cotisations ont été payées pour l'année entière, le trop perçu est remboursé par la Caisse nationale des barreaux français au plus tard dans le mois suivant la demande de l'intéressé.

Article R723-21

Sont redevables de la cotisation annuelle prévue au premier alinéa de l'article L. 723-5 due au titre de leur exercice libéral au prorata du nombre de jours correspondant à cet exercice pendant l'année civile :

-l'avocat salarié poursuivant son exercice à titre libéral ;

-l'avocat exerçant à titre d'avocat salarié après avoir exercé à titre libéral.

Article R723-22

Aucune cotisation n'est due par l'avocat exerçant en qualité de travailleur indépendant ou pour un conjoint collaborateur, lorsqu'ils sont bénéficiaires de la pension pour invalidité permanente prévue à l'article R. 723-56.

Article R723-23

Une prise en charge, totale ou partielle, des cotisations forfaitaires par la Caisse nationale des barreaux français au profit des avocats exerçant en qualité de travailleur indépendant et de leurs conjoints collaborateurs dont l'état de maladie, dûment constaté par un expert désigné par le bureau, aura été d'une durée supérieure à six mois ainsi que la prise en charge, totale ou partielle, soit de ces cotisations en cas d'insuffisance justifiée de ressources, soit des majorations de retard en cas de bonne foi dûment prouvée peuvent être prononcées par une commission de trois membres désignés par le conseil d'administration en son sein. Cette commission statue discrétionnairement.

Article R723-24

Aucune cotisation n'est due pour les périodes pendant lesquelles l'avocat salarié établit sa qualité de bénéficiaire :

1° D'un revenu de remplacement versé en application de l'article L. 351-2 du code du travail ;

2° De prestations en espèces de l'assurance maladie, de l'assurance maternité ou de l'assurance invalidité lorsqu'il ne peut prétendre au maintien intégral de son salaire en application soit de dispositions législatives ou réglementaires, soit de stipulations conventionnelles.

Ces périodes sont comptées de date à date.

Article R723-25

Les cotisations sont portables.

Les cotisations définitives doivent être payées chaque année selon les modalités et à la date fixée par les statuts et au plus tard le 31 décembre de l'année suivant celle au titre de laquelle elles sont dues. Dans les cas prévus à l'article R. 723-20, elles sont exigibles dans le délai d'un mois suivant leur notification.

Les statuts précisent également les modalités de versement à titre provisionnel de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 723-5.

Le non-paiement des cotisations à la date d'échéance entraîne application de majorations de retard. Le taux de ces majorations est fixé par les statuts de la Caisse nationale des barreaux français sans qu'il puisse toutefois dépasser le taux prévu à l'article R. 243-18.

Article R723-26

Le rôle des cotisations est établi par le conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français. Il est transmis au premier président et au procureur général de chaque cour d'appel accompagné des requêtes aux fins de délivrance des titres exécutoires.

Les titres exécutoires sont signifiés par acte d'huissier de justice ou notifiés par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. A peine de nullité, l'acte d'huissier ou la lettre recommandée mentionne la référence du titre exécutoire, son montant, les délais et voies de recours ainsi que la juridiction compétente.

Dans un délai de quinze jours à compter de la signification du titre exécutoire, le débiteur peut former opposition, selon le cas, devant le tribunal d'instance ou le tribunal de grande instance dans la limite de la compétence d'attribution de ces deux juridictions. Le juge territorialement compétent est celui du lieu du siège de la Caisse nationale des barreaux français. L'opposition est motivée.

Article R723-26-1

Le droit de plaidoirie prévu au premier alinéa de l'article L. 723-3 est exigible devant les juridictions administratives de droit commun et les juridictions de l'ordre judiciaire.

Toutefois, il n'est pas dû devant les conseils de prud'hommes, les tribunaux d'instance statuant en matière prud'homale, les tribunaux de police statuant en matière de contraventions des quatre premières classes et les juridictions statuant en matière de contentieux de la sécurité sociale ou de contentieux électoral, ni devant le Conseil d'Etat et la Cour de cassation pour les affaires dispensées du ministère d'avocat.

Il n'est pas non plus dû, dans les procédures comportant la tenue d'une audience à bref délai dont la liste est fixée par arrêté du garde des sceaux, lorsque l'avocat prête son concours à une personne bénéficiant de l'aide juridictionnelle totale en application de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique.

Le droit de plaidoirie ne peut faire l'objet d'aucune dispense.

Article R723-26-2

Le droit de plaidoirie est dû à l'avocat pour chaque plaidoirie faite aux audiences dont la liste est fixée par arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice. A défaut de plaidoirie, est considéré comme ayant plaidé l'avocat représentant la partie à l'audience.

Lorsque plusieurs avocats plaident pour une seule partie, il est dû un droit par avocat plaidant. Si un avocat plaide pour plusieurs parties, un seul droit est dû.

Le droit de plaidoirie est dû à l'avocat auquel un de ses confrères s'est substitué à titre occasionnel ou en qualité de salarié ou de collaborateur.

Il est dû à la société d'avocats au nom de laquelle l'avocat intervient en qualité de salarié, d'associé ou de collaborateur ou à laquelle il se substitue à titre occasionnel.

Article R723-26-3

Le montant du droit de plaidoirie est fixé à 13 euros.

Article R723-26-4

Au plus tard le quinzième jour du mois suivant le dernier jour de chaque trimestre civil, l'avocat ou la société d'avocats reverse à la Caisse nationale des barreaux français les droits de plaidoirie qu'il a perçus durant ce trimestre.

Article R723-26-5

Les avocats ou sociétés d'avocats concernés transmettent à la caisse, dans le délai prévu à l'article R. 723-26-4, un bordereau déclaratif accompagné du paiement correspondant. Ce bordereau, dont le modèle est fixé par la caisse, comporte notamment le nombre de droits de plaidoirie versé et la période considérée.

Article R723-26-6

La contribution équivalente au droit de plaidoirie, prévue au deuxième alinéa de l'article L. 723-3, est calculée chaque année dans les conditions définies ci-après.

I.-Avant le 1er janvier de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, la Caisse nationale des barreaux français constate le montant moyen de revenu professionnel qui donne lieu à la perception d'une contribution équivalente aux droits de plaidoirie.

A cette fin, elle divise le montant total des revenus professionnels et des rémunérations nets imposables pour l'ensemble des avocats affiliés l'avant-dernière année à la caisse, calculés selon les modalités mentionnées à l'article R. 723-26-7, par le nombre de droits de plaidoirie nécessaires à la couverture du tiers des charges prévisionnelles du régime d'assurance vieillesse de base de l'année considérée.

II.-Le montant de la contribution équivalente susceptible d'être due par chaque avocat non salarié affilié à la caisse l'année civile au titre de laquelle la contribution est due ou chaque société d'avocats dont au moins un associé ou un salarié est affilié à la caisse cette même année est déterminé en divisant le montant des revenus professionnels et rémunérations nets imposables calculés selon les modalités mentionnées à l'article R. 723-26-7 déclarés au titre de l'avant-dernière année par le montant moyen de revenu tel que constaté dans les conditions prévues au I du présent article.

La caisse déduit du résultat ainsi obtenu les droits de plaidoirie qui lui ont été reversés par l'avocat ou la société d'avocat au titre de l'avant-dernière année et dans les délais prévus au premier alinéa de l'article L. 723-26-4.

En cas d'inscription ou de fin d'inscription au barreau en cours d'année civile, la contribution équivalente aux droits de plaidoirie est réduite au prorata de la durée d'affiliation.

Article R723-26-7

I.-La contribution équivalente due par l'avocat non salarié est assise sur ses revenus professionnels nets imposables augmentés, le cas échéant, des rémunérations nettes imposables des avocats salariés affiliés à la Caisse nationale des barreaux français qu'il emploie dans la limite, pour l'avocat redevable et chacun de ses salariés, de sept fois le plafond de la première tranche du régime de retraite complémentaire institué en application de l'article L. 723-14.

II.-La contribution équivalente due par la société d'avocats est assise sur les revenus professionnels et les rémunérations nets imposables des associés et avocats salariés qu'elle emploie affiliés à la caisse, dans la limite pour chacun d'eux de sept fois le plafond de la première tranche du régime de retraite complémentaire institué en application de l'article L. 723-14.

Article R723-26-8

La contribution est annuelle. L'appel adressé par la Caisse nationale des barreaux français à chaque avocat ou société d'avocats précise les éléments de calcul retenus pour la fixation du montant de la contribution à verser. La contribution est recouvrée dans les mêmes conditions et sous les mêmes sanctions que celles mentionnées à l'article R. 723-25.

En cas d'absence de déclaration des revenus d'activité, les dispositions de l'article R. 242-14 sont applicables.

Sous-section 3 : Organisation financière et comptable.

Article R723-27

Les dispositions des articles R. 623-2 à R. 623-10-4 relatives à l'organisation financière des régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles sont applicables à l'organisation financière du régime des avocats.

Article R723-28

Il est ouvert dans la comptabilité de la Caisse nationale des barreaux français quatre comptes distincts concernant le premier les prestations du régime de base, le deuxième les prestations du régime complémentaire, le troisième les prestations du régime invalidité-décès, et le quatrième le fonds d'action sociale.

Le premier compte reçoit, outre l'intégralité du produit des droits de plaidoirie, le montant des cotisations personnelles prévues à l'article L. 723-5.

Le deuxième compte reçoit les cotisations prévues à l'article L. 723-15.

Le troisième compte reçoit les cotisations prévues à l'article L. 723-6.

Le quatrième compte reçoit les recettes prévues aux 1° et 2° de l'article R. 723-57.

Les frais généraux relatifs au fonctionnement des quatre comptes font l'objet d'une avance faite par le régime de retraite de base, puis répartis entre chaque compte selon des modalités fixées par les statuts.

Article R723-29

La Caisse nationale des barreaux français constitue quatre fonds de réserve distincts, alimentés chacun par les excédents annuels du compte correspondant.

Lorsque le déficit d'un compte ne peut pas être intégralement couvert par son fonds de réserve, il peut être exceptionnellement opéré un prélèvement temporaire sur le fonds de réserve d'un autre compte, dans la limite du dixième de l'actif de celui-ci.

Le montant de cet emprunt et les intérêts au taux légal doivent être remboursés par une majoration de cotisation au cours de l'exercice suivant.

Les prestations ne sont garanties que dans la limite des ressources affectées au compte correspondant.

Article R723-30

Les comptes financiers et le bilan annuel sont soumis, dans les trois mois de la clôture de l'exercice, à l'examen du ministre chargé de la sécurité sociale.

Un exemplaire est adressé au ministre chargé du budget et au receveur général des finances de Paris.

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1 du présent code, les comptes annuels du régime sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration qui, au vu de l'opinion émise par l'instance chargée de la certification, les approuve sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

Sous-section 4 : Dispositions diverses.

Article R723-31

Avant le 1er mars de chaque année, chaque bâtonnier adresse à la Caisse nationale des barreaux français la liste, arrêtée au 1er janvier de la même année, des avocats et des personnes morales inscrits au tableau ou admis au stage, précisant leur domicile professionnel ainsi que :

1° Pour les avocats, outre leur date de naissance, celle de l'inscription au tableau ou de l'admission au stage, le mode d'exercice et, le cas échéant, les coordonnées de l'employeur ;

2° Pour les personnes morales, leur dénomination, leur structure juridique et la liste de leurs associés.

Tout changement intervenant en cours d'année doit être signalé sans délai à la caisse par le bâtonnier.

Article R723-32

L'affiliation à la Caisse nationale des barreaux français prend effet à la date à laquelle l'avocat est inscrit au tableau ou au stage. La radiation prend effet à la date à laquelle il cesse d'y figurer.

L'affiliation des conjoints collaborateurs prend effet à la date de la réception, par le centre de formalités des entreprises, de la déclaration mentionnée au 1° ou 2° de l'article R. 121-5 du code de commerce. La radiation prend effet à la date de réception, par le centre de formalités des entreprises, de la déclaration mentionnée au 3° du même article.

Article R723-33

Les avocats mentionnés à l'article L. 723-1 sont tenus de présenter aux agents de la Caisse nationale des barreaux français, dans les conditions prévues à l'article L. 652-6, tous documents qui leur sont demandés par

ces agents aux fins de l'exercice du contrôle, et notamment ceux concourant à la détermination de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et au montant de ces dernières.

Le cas échéant, ces agents doivent communiquer par écrit les observations faites au cours du contrôle au cotisant, qui peut y répondre dans un délai de quinze jours. A l'expiration de ce délai, ils transmettent le procès-verbal faisant état des observations, accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'intéressé, à l'organisme dont ils relèvent.

Les agents chargés du contrôle peuvent également procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations.

Section 2 : Contrôle de l'administration.

Article R723-34

Les commissaires du Gouvernement, qui représentent le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget assistent aux séances du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

La Caisse nationale des barreaux français fait en outre l'objet de vérifications de l'inspection générale des finances et du receveur général des finances de Paris.

Article R723-35

L'opposition prévue à l'article L. 723-8 doit être formulée dans le délai d'un mois à compter du jour de la communication de la délibération de l'assemblée générale des délégués de la Caisse nationale des barreaux français au ministre chargé du budget et au ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 3 : Prestations

Sous-section 1 : Prestations de retraite de base

Paragraphe 1 : Pension d'assuré

Article R723-37

Lorsque, à la date d'entrée en jouissance de la pension, l'intéressé justifie, dans le présent régime et dans un ou plusieurs autres régimes d'assurance vieillesse de base, de la durée d'assurance fixée en application du

deuxième alinéa de l'article L. 351-1, le montant de la pension de retraite est déterminé selon le nombre de trimestres d'assurance validés par la Caisse nationale des barreaux français :

1° Si ce nombre est au moins égal à la durée d'assurance telle qu'elle résulte de l'application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1, le montant de la pension de retraite est celui fixé en application de l'article R. 723-43 ;

2° Si ce nombre est inférieur à la durée d'assurance telle qu'elle résulte de l'application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et au moins égal à soixante, le montant de la pension est celui fixé en application de l'article R. 723-43 calculé proportionnellement au nombre de trimestres validés ;

3° Si ce nombre est inférieur à soixante, il est fait application des dispositions de l'article L. 723-11. La fraction de l'allocation aux vieux travailleurs salariés est calculée proportionnellement au nombre de trimestres validés par la Caisse nationale des barreaux français.

Article R723-38

La réduction prévue au troisième alinéa du I de l'article L. 723-10-1 est fonction soit du nombre de trimestres correspondant à la durée séparant l'âge auquel la pension de retraite prend effet du soixante-cinquième anniversaire s'ils remplissent les conditions prévues au 1° bis ou au 1° ter de l'article L. 351-8 ou aux III ou IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ou, dans le cas contraire, de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8, soit du nombre de trimestres supplémentaires qui serait nécessaire, à la date d'effet de la pension de retraite, pour relever du deuxième alinéa du I de l'article L. 723-10-1. Le plus petit de ces nombres est pris en considération.

Le coefficient de minoration est égal à 1,25 % par trimestre manquant dans la limite de vingt trimestres.

Article R723-39

La majoration prévue au dernier alinéa du I de l'article L. 723-10-1 est applicable au titre des périodes d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplies à compter du 1er janvier 2004 après l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa du même article.

Cette majoration est égale à 0,75 % par trimestre accompli à compter du 1er janvier 2004 et avant le 1er juillet 2010 et à 1,25 % par trimestre accompli à compter du 1er juillet 2010.

Article R723-40

Pour les avocats exerçant à titre libéral, sont comptées comme périodes d'assurance dans le présent régime :

1° Les périodes ayant donné lieu au versement effectif des cotisations. Les cotisations versées à la Caisse nationale des barreaux français sont arrêtées au dernier jour du trimestre civil précédant la date prévue pour l'entrée en jouissance de la retraite de base, sans préjudice des dispositions de l'article L. 723-10 ;

2° Les périodes ayant donné lieu aux exonérations de cotisations prononcées en application des articles L. 723-5-1 et R. 723-23 ;

3° Les périodes de perception de l'allocation pour invalidité temporaire prévue à l'article R. 723-54 et de la pension pour invalidité permanente prévue à l'article R. 723-56 ;

4° Les périodes mentionnées à l'article L. 161-19 et les périodes assimilées définies par les mesures réglementaires d'application de cet article ;

5° Les périodes attribuées au titre des majorations de durée d'assurance pour enfants mentionnées à l'article L. 351-4, lorsque l'assuré n'a relevé d'aucun autre régime que celui de la Caisse nationale des barreaux français, ou lorsque celle-ci a compétence pour attribuer ces majorations en application de l'article R. 173-15. Ces périodes ne peuvent avoir pour effet de porter le total des périodes d'assurance au-delà de la durée d'assurance mentionnée au 1° de l'article R. 723-37.

Les périodes mentionnées aux 3° et 4° du présent article sont comptées de date à date au titre de l'année civile et ouvrent droit à la validation d'un trimestre d'assurance par période de quatre-vingt-dix jours, le solde étant compté pour un trimestre s'il est égal ou supérieur à soixante jours.

Article R723-41

Pour les avocats salariés, sont comptées comme périodes d'assurance dans le présent régime :

1° Les périodes ayant donné lieu au versement effectif des cotisations. Ces périodes sont comptées de date à date au titre de l'année civile et ouvrent droit à la validation d'un trimestre d'assurance par période de quatre-vingt-dix jours, le solde étant compté pour un trimestre s'il est supérieur ou égal à soixante jours ;

2° Les périodes définies à l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale ;

3° Les périodes attribuées au titre des majorations de durée d'assurance pour enfants mentionnées à l'article L. 351-4, lorsque l'assuré n'a relevé d'aucun autre régime que celui de la Caisse nationale des barreaux français, ou lorsque celle-ci a compétence pour attribuer ces majorations en application de l'article R. 173-15. Ces périodes ne peuvent avoir pour effet de porter le total des périodes d'assurance au-delà de la durée d'assurance mentionnée au 1° de l'article R. 723-37.

Article R723-42

L'application des dispositions des 2°, 3° et 4° de l'article R. 723-40 et du 2° de l'article R. 723-41 ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valables au titre d'une même année civile d'affiliation.

Article R723-43

Le montant de la pension de retraite est fixé par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

La pension de retraite servie aux bénéficiaires de la pension pour invalidité permanente prévue à l'article R. 723-56 ne peut être inférieure à la moitié du montant fixé par l'assemblée générale en application des dispositions du premier alinéa.

Article R723-44

L'entrée en jouissance de la pension de retraite est fixée au premier jour du trimestre civil qui suit la demande de l'intéressé, sous réserve que les conditions d'attribution soient remplies.

La pension de retraite est versée à trimestre échu. Elle peut faire l'objet d'un versement mensuel lorsque son montant est supérieur à un seuil fixé chaque année par décision du conseil d'administration.

Les arrérages sont dus jusqu'au dernier jour du trimestre civil du décès.

Article R723-45

Lorsqu'une pension de retraite a été liquidée au profit d'un avocat qui reprend l'exercice de sa profession, le service de cette pension est suspendu du jour de la réinscription au tableau jusqu'au jour où il cesse d'y figurer.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables aux assurés remplissant les conditions prévues à l'article L. 723-11-1.

Article R723-45-1

Le bénéficiaire d'une pension de retraite qui poursuit ou reprend une activité d'avocat en informe la Caisse nationale des barreaux français, dans le mois suivant la date de son entrée en jouissance de la pension de vieillesse versée par la caisse ou de la reprise de son activité, en lui adressant une déclaration qui précise son lieu d'exercice ainsi que, le cas échéant, la date de la réinscription au tableau. Lorsqu'il entend cumuler le bénéfice de cette pension de retraite avec son revenu d'activité, il joint à cette déclaration une attestation sur l'honneur énumérant les différents régimes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 723-11-1 dont il a relevé et certifiant qu'il est entré en jouissance de toutes ses pensions de vieillesse personnelles.

Le défaut de production, dans le délai prescrit, des documents prévus à l'alinéa précédent entraîne une pénalité d'un montant égal à celui fixé en application de l'article L. 133-3 pour l'abandon de la mise en recouvrement des créances à l'égard des cotisants. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard. Ces pénalités sont recouvrées dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties et sanctions que les majorations de retard afférentes aux cotisations dues au titre du présent chapitre.

Les dispositions de l'article L. 723-11-1 sont applicables aux pensions dues à compter du premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel l'assuré remplit les conditions prévues par ces dispositions.

Article R723-45-2

Le versement des cotisations et contributions dues en application des dispositions de la sous-section 2 du présent chapitre pour des périodes postérieures à l'entrée en jouissance de la pension ne peut entraîner la révision de la pension déjà liquidée ni permettre l'acquisition de nouveaux droits.

Paragraphe 2 : Pension de réversion

Article R723-46

Au décès d'un avocat titulaire d'une pension de retraite ou remplissant les conditions pour en bénéficier, le conjoint survivant a droit à une pension de réversion égale à la moitié de celle dont jouissait son conjoint ou à laquelle celui-ci aurait pu prétendre.

Cette pension n'est acquise que si le mariage a été contracté cinq ans au moins avant la date du décès de l'avocat. Toutefois, cette condition de durée n'est pas exigée lorsqu'un enfant au moins est issu du mariage.

Le conjoint divorcé non remarié est assimilé à un conjoint survivant pour l'application des deux alinéas qui précèdent.

La pension à laquelle est susceptible d'ouvrir droit le décès d'un avocat divorcé et remarié est partagée entre son conjoint survivant et le ou les précédents conjoints divorcés non remariés au prorata de la durée respective de chaque mariage. Ce partage est opéré lors de la liquidation des droits au premier d'entre eux qui en fait la demande.

Au décès de l'un des bénéficiaires, sa part accroîtra la part de l'autre ou, s'il y a lieu, des autres, à compter du premier jour du mois suivant le décès.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision d'une pension de réversion et de ses accessoires présentée en application du présent article vaut décision de rejet.

Article R723-47

Le service de la pension de réversion cesse en cas de mariage, mais profite aux enfants jusqu'à vingt et un ans.

A défaut de conjoint survivant ou d'ex-époux bénéficiaire d'une pension de réversion, l'enfant ou les enfants d'un avocat qui vient de décéder ont droit, jusqu'à l'âge de vingt et un ans, à la pension de réversion dans les conditions prévues pour le conjoint survivant ou l'ex-époux.

Sous-section 2 : Capital décès.

Article R723-48

L'assemblée générale, sur la proposition du conseil d'administration, fixe le montant du capital alloué en cas de décès d'un avocat ou d'un avocat stagiaire inscrit au tableau ou sur la liste du stage durant les trois mois précédant le décès.

Les dispositions des articles L. 723-8 et R. 723-35 sont applicables à cette délibération.

Le montant du capital alloué en cas de décès d'un conjoint collaborateur est égal, selon la fraction retenue par celui-ci pour le calcul de la cotisation prévue à l'article R. 723-19-1, au quart ou à la moitié de celui prévu pour le conjoint avocat.

Lorsque la fraction retenue pour le calcul de la cotisation a été modifiée par le conjoint collaborateur selon les modalités prévues à l'article R. 723-19-1, le montant du capital en cause est calculé en fonction de la moyenne des fractions successivement retenues pondérée par le nombre de jours au titre desquels les cotisations ainsi calculées ont été versées.

Article R723-49

Le décès des avocats ou des conjoints collaborateurs retraités n'ouvre pas droit à l'allocation d'un capital.

Article R723-50

Le capital décès est versé au conjoint survivant. A défaut de conjoint survivant, il est réparti entre les enfants du défunt :

- âgés de moins de vingt et un ans ;
- âgés de vingt et un à vingt-cinq ans et qui poursuivent des études ;

- quel que soit leur âge, handicapés physiques ou mentaux.

A défaut de conjoint survivant et d'enfants, le capital décès est versé au père, à la mère, au frère ou à la soeur qui étaient à la charge totale et effective du défunt.

Article R723-51

Lorsque, au décès d'un avocat, il n'existe aucune des personnes mentionnées à l'article R. 723-50, la Caisse nationale des barreaux français peut rembourser à toute personne en ayant assumé la charge, dans la limite du quart du capital prévu à l'article R. 723-48, les frais d'obsèques et de dernière maladie sur présentation des justificatifs attestant des frais effectivement engagés.

Sous-section 3 : Allocation d'orphelin

Article R723-52

Chaque orphelin de mère et de père et chaque orphelin d'un père ou d'une mère qui exerçait effectivement la profession d'avocat à la date du décès a droit, jusqu'à l'âge de vingt et un ans, à une allocation annuelle dont le montant est égal au quart de la pension de retraite visée à l'article R. 723-43.

L'allocation accordée à chaque orphelin de mère ou de père conjoint collaborateur d'un avocat est égale, selon la part retenue pour le calcul de la cotisation prévue à l'article R. 723-19-1, au quart ou à la moitié de celle qui est accordée en application du premier alinéa de cet article. Lorsque la fraction retenue pour le calcul de la cotisation définie à l'article R. 723-19-1 a été modifiée par le conjoint collaborateur, le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne des fractions successivement retenues pondérée par le nombre de jours au titre desquels les cotisations ainsi calculées ont été versées.

Lorsque l'orphelin poursuit ses études et même s'il est marié, le service de l'allocation peut être prolongé jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, par décision du conseil d'administration.

Article R723-53

Le service de l'allocation peut être prolongé par décision du conseil d'administration lorsque l'orphelin est atteint d'une incapacité médicalement constatée au moins égale à 50 % :

1° Jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans sans condition de ressources ;

2° Au-delà de l'âge de vingt-cinq ans après examen de la situation de l'intéressé, de ses ressources et notamment des prestations auxquelles il peut prétendre au titre d'un autre régime de protection sociale.

La Caisse nationale des barreaux français peut faire procéder, à tout moment, à un examen médical destiné à contrôler le taux d'incapacité de l'intéressé. Le service de l'allocation mentionnée au présent article est supprimé si, à la suite de l'examen prescrit par la caisse, il est constaté que le taux d'incapacité est devenu inférieur à 50 %.

Sous-section 4 : Allocations d'invalidité

Paragraphe 1 : Invalidité temporaire.

Article R723-54

L'avocat ou l'avocat stagiaire reçoit une allocation s'il se trouve dans l'impossibilité d'exercer sa profession, à partir du quatre-vingt-onzième jour qui suit la cessation de toute activité à la condition de justifier qu'il était inscrit à un barreau lors de sa cessation d'activité et qu'il a exercé la profession pendant douze mois au moins.

Cette allocation n'est toutefois acquise à l'intéressé que si la cessation de l'activité a pour cause une maladie ou un accident dont les effets invalidants interdisant l'exercice de la profession surviennent après l'inscription de l'intéressé à la Caisse nationale des barreaux français.

Le conjoint collaborateur reçoit une allocation s'il se trouve dans l'impossibilité d'exercer son activité, à partir du quatre-vingt-onzième jour qui suit la cessation de toute activité à la condition de justifier du statut de conjoint collaborateur lors de cette cessation d'activité depuis douze mois au moins. Le montant de l'allocation est égal, selon la part retenue pour le calcul de la cotisation prévue à l'article R. 723-18-1, au quart ou à la moitié de celle prévue pour le conjoint avocat.

Lorsque la fraction retenue pour le calcul de la cotisation a été modifiée par le conjoint collaborateur, le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne des fractions successivement retenues pondérée par le nombre de jours au titre desquels les cotisations ainsi calculées ont été versées.

La cessation de l'activité est constatée dans les conditions fixées par les statuts de la caisse. Elle doit être totale, ce qui exclut toutes postulation, plaidoirie, réception de clientèle et consultation.

Le service de l'allocation n'est pas interrompu par la cessation de l'inscription à un barreau. Ce service cesse lorsque l'intéressé est redevenu apte à exercer sa profession ou, le cas échéant, sa collaboration ou qu'il a reçu l'allocation pendant trois ans.

Toutefois, dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, il est ouvert un nouveau délai de trois ans, dès l'instant où ladite reprise a été d'au moins un an. Lorsque la reprise de travail dure moins d'un an, le total

des périodes successives pendant lesquelles l'allocation est servie, comptées de date à date, ne peut excéder une durée de trois ans.

Article R723-55

Le montant de l'allocation temporaire est fixé par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration de la caisse.

Les dispositions des articles L. 723-8 et R. 723-35 sont applicables à cette délibération.

L'allocation est calculée par jour d'invalidité.

Les modalités de paiement, et notamment la périodicité, sont fixées par les statuts.

Paragraphe 2 : Invalidité permanente.

Article R723-56

Les avocats en état d'incapacité permanente d'exercer leur profession et qui ne peuvent prétendre au bénéfice d'une pension de retraite bénéficiant, à l'expiration du délai de trois ans durant lequel ils ont perçu l'allocation temporaire et jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel ils atteignent l'âge prévu à l'article L. 161-17-2, d'une pension d'invalidité égale à la moitié de la pension de retraite entière telle que fixée par l'assemblée générale annuelle.

Le montant de la pension d'invalidité mentionnée dans l'alinéa précédent est égal pour le conjoint collaborateur, selon la part retenue pour le calcul de la cotisation prévue à l'article R. 723-19-1, au quart ou à la moitié de celle prévue pour le conjoint avocat.

Lorsque la fraction retenue pour le calcul de la cotisation a été modifiée par le conjoint collaborateur dans les conditions fixées par l'article R. 723-19-2, le montant de la pension est calculé en fonction de la moyenne des fractions successivement retenues pondérée par le nombre de jours au titre desquels les cotisations ainsi calculées ont été versées.

Toutefois, le montant de la pension d'invalidité ne peut être inférieur à celui de la retraite proportionnelle qui aurait été attribuée aux intéressés s'ils avaient atteint l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 lors de la date de prise d'effet de leur pension d'invalidité.

Le temps d'invalidité permanente est pris en compte au titre des trimestres validés pour la retraite de base.

Le service de la pension d'invalidité est supprimé ou suspendu en cas de reprise d'une activité professionnelle.

La pension d'invalidité permanente est également attribuée, à partir de leur cinquante-cinquième anniversaire, aux avocats, anciens déportés ou internés, titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique, dont la pension militaire d'invalidité a été accordée pour un taux d'invalidité globale d'au moins 60 %, à la condition qu'ils cessent toute activité professionnelle. La pension d'invalidité attribuée en application du présent alinéa peut être cumulée sans limitation de montant avec la pension militaire d'invalidité.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation d'une pension d'invalidité vaut décision de rejet.

Sous-section 5 : Action sociale

Article R723-57

Il est institué un fonds d'action sociale alimenté par les recettes suivantes :

1° Un prélèvement sur les recettes du régime de base et du régime complémentaire dont le taux maximum est fixé par arrêté interministériel ;

2° Les dons, legs et subventions éventuellement attribués à la caisse.

Ce fonds a pour objet, dans la limite des ressources qui y sont affectées, de mettre en oeuvre une action sociale destinée aux affiliés ou allocataires de la caisse ainsi qu'à leurs conjoints survivants, leurs orphelins, et prenant la forme soit d'aides individuelles, soit d'actions collectives.

Les aides individuelles sont accordées, lorsque la situation matérielle du bénéficiaire le justifie, dans la limite d'une année. En cas de demande de renouvellement d'une telle aide, il est procédé à un nouvel examen de la situation du bénéficiaire.

Les actions collectives tendent à la mise en place de services correspondant à l'objet de la caisse.

Les statuts de la Caisse nationale des barreaux français précisent les diverses catégories d'aides individuelles et d'actions collectives mentionnées ci-dessus.

Les décisions en matière d'action sociale sont prises par le conseil d'administration sur proposition d'une commission d'action sociale désignée par lui en son sein.

Les opérations financières du fonds d'action sociale sont suivies dans un compte particulier et font l'objet d'un budget spécifique.

Sous-section 6 : Dispositions communes

Article R723-58

Les dispositions des sous-sections 2, 3 et 4 de la présente section ne s'appliquent pas si le décès ou l'invalidité trouvent leur origine dans des faits de guerre.

Article R723-59

Les réclamations relatives aux prestations relevant de la présente section sont obligatoirement soumises à une commission de recours amiable composée de quatre administrateurs titulaires membres du conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français.

Les membres de cette commission sont désignés au début de chaque année par le conseil d'administration.

La commission de recours amiable peut valablement statuer si deux de ses membres au moins sont présents.

La commission de recours amiable doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation. La forclusion ne peut être valablement opposée aux intéressés que si cette notification porte mention de ce délai.

La commission de recours amiable notifie sa décision aux intéressés. Cette décision doit être motivée.

Le silence gardé pendant plus de quatre mois à compter de la date de la réclamation vaut décision de rejet.

Section 4 : Régime complémentaire d'assurance vieillesse et survivants.

Article R723-62

Les autorités de l'Etat investies du pouvoir d'opposition aux décisions de la Caisse nationale des barreaux français relatives au taux des cotisations, au montant du plafond et à la revalorisation des prestations du régime complémentaire de vieillesse sont le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Section 5 : Régime d'assurance vieillesse des conjoints collaborateurs d'avocats non salariés.

Article R723-63

La cotisation d'assurance vieillesse de base d'un conjoint collaborateur, tel que défini à l'article 1er du décret n° 2006-966 du 1er août 2006 relatif au conjoint collaborateur d'un avocat non salarié, est composée de :

1° Une cotisation forfaitaire égale au quart ou à la moitié de la cotisation forfaitaire obligatoire dont est redevable l'avocat en vertu du premier alinéa de l'article L. 723-5 ;

2° Une cotisation proportionnelle assise sur le quart ou la moitié du revenu défini à l'article R. 723-19 et dont le taux est égal à celui de la cotisation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 723-5.

Le choix de la fraction retenue par le conjoint collaborateur est identique pour le 1° et le 2°.

La cotisation est exigible et doit être versée dans les mêmes conditions et délais et sous les mêmes sanctions que la cotisation due par l'avocat pour son propre compte.

Article R723-64

Le choix de la fraction retenue pour le calcul de la cotisation définie à l'article R. 723-63 est effectué par le conjoint collaborateur et communiqué par écrit à la caisse au plus tard deux mois avant la date limite de paiement de la première échéance de cotisations suivant le début de son activité.

Si aucun choix n'est effectué dans ce délai, la cotisation est égale au quart de la cotisation forfaitaire mentionnée au 1° de l'article R. 723-63 et calculée sur le quart du revenu mentionné au 2° du même article.

La fraction retenue pour le calcul de la cotisation s'applique pour la cotisation due au titre de l'année du début d'activité et des deux années civiles suivantes. Sauf demande contraire du conjoint effectuée par écrit au plus tard avant le 1er décembre de la dernière de ces années, l'option est reconduite pour une durée de trois ans renouvelable dans les mêmes conditions.

Article R723-65

Lorsque l'avocat n'a pas déclaré ses revenus dans les conditions déterminées à l'article R. 131-1, les cotisations de son conjoint collaborateur sont calculées sur la base des revenus fixés par la caisse, par application de la fraction retenue par le conjoint collaborateur ou fixée en application de l'article R. 723-64.

Article R723-66

L'affiliation au régime de base du conjoint collaborateur lui ouvre droit en fonction de ses cotisations au quart ou à la moitié des prestations du régime de base au prorata de sa durée d'assurance auprès de la Caisse nationale des barreaux français. Les prestations du conjoint collaborateur peuvent être liquidées sur sa demande dans les conditions prévues au I de l'article L. 723-10-1.

Article R723-67

La faculté de versement prévue à l'article L. 723-5 en vue de la prise en compte par l'assurance vieillesse des périodes d'activité exercées en tant que conjoint collaborateur est ouverte aux personnes âgées, à la date à laquelle elles présentent la demande de versement, d'au moins vingt ans et de moins de soixante-sept ans et dont la pension de retraite auprès du régime d'assurance vieillesse de base des avocats n'a pas été liquidée.

Cette faculté de versement est ouverte dans la limite du rachat de vingt-quatre trimestres.

La demande de versement est prise en compte pour un nombre entier de trimestres. Est considérée comme égale à un trimestre toute période de quatre-vingt-dix jours successifs au cours de laquelle le conjoint collaborateur a participé directement et effectivement à l'activité de l'entreprise. Lorsque la période de quatre-vingt-dix jours se partage sur deux années civiles successives, elle peut être considérée comme ayant été effectuée au cours de l'une ou l'autre de ces années dans la limite prévue à l'article R. 723-67-5.

Article R723-67-1

I. # Pour exercer la faculté de versement mentionnée à l'article R. 723-67, l'intéressé doit présenter une demande comportant, à peine d'irrecevabilité :

1° Les mentions et pièces justificatives permettant de l'identifier, de déterminer les périodes au titre desquelles la demande est présentée et de démontrer sa participation directe et effective à l'activité de l'entreprise ;

2° La mention de l'option pour l'une des deux possibilités ouvertes à l'article R. 723-67-2 ;

3° La mention éventuelle de l'option pour l'échelonnement mentionné à l'article R. 723-67-3.

II. # La demande est adressée à la Caisse nationale des barreaux français.

Dans un délai de deux mois, la Caisse nationale des barreaux français indique à l'intéressé s'il est admis ou non à effectuer un versement. A défaut de réponse dans le délai de deux mois suivant la réception de la demande, la demande est réputée rejetée.

En cas d'admission, la décision de la Caisse nationale des barreaux français notifiée à l'intéressé indique le nombre de trimestres pour lequel il est autorisé à acquitter des cotisations au cours de chacune des années civiles où se situent les périodes dont il demande la prise en compte, le nombre de trimestres susceptibles de faire l'objet d'un versement au titre de ces périodes compte tenu des limites fixées en application des articles R. 723-67 et R. 723-67-5, le montant du versement correspondant à un trimestre et le montant total du versement correspondant au nombre de trimestres retenu.

III. # Lorsque le demandeur a opté pour l'échelonnement prévu à l'article R. 723-67-5, la décision précise également le montant qui résulte de ce choix et la date de paiement de chaque échéance.

La majoration du montant des versements résultant de l'option pour l'échelonnement prévue à l'article R. 723-67-3 est notifiée au plus tard le 1er décembre de l'année précédant celle à laquelle elle doit être appliquée. Cette information est accompagnée de l'indication du montant de chaque échéance majorée pour l'année considérée.

IV. # La demande de rachat est déposée au plus tard le 31 décembre 2020.

Article R723-67-2

Le versement est pris en compte, au choix de l'intéressé :

1° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 723-38, sans que le versement soit pris en compte dans la durée d'assurance prévue au 1° de l'article R. 723-37 ;

2° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 723-38 ainsi que pour la prise en compte des versements dans la durée d'assurance prévue au 1° de l'article R. 723-37.

Le choix de l'intéressé est exprimé dans la demande et est irrévocable.

Article R723-67-3

Lorsque la demande porte sur plus d'un trimestre, l'intéressé peut opter pour un échelonnement du versement en échéances mensuelles selon les modalités prévues par décret

Article R723-67-4

Le montant du versement correspondant au rachat d'un trimestre est déterminé en tenant compte de l'âge du conjoint collaborateur à la date à laquelle il présente sa demande, de l'option qu'il a choisie en application de l'article R. 723-67-2 et d'un taux d'actualisation décroissant appliqué en fonction de l'âge de l'intéressé à la date à laquelle il présente sa demande. Les modalités du calcul de ce montant sont précisées par décret.

Sauf si l'intéressé a été autorisé par la caisse à bénéficier de l'échelonnement prévu à l'article R. 723-67-3, le montant total du versement pour les trimestres pris en compte, calculé selon les dispositions de la présente section et notifié par la caisse dans sa décision d'admission est versé en une seule fois.

Le montant total du versement est égal au produit du nombre de trimestres déterminés selon les modalités prévues à l'article R. 723-67 par la valeur du trimestre, déterminée selon les modalités prévues au présent article.

Article R723-67-5

La prise en compte du versement effectué en application des dispositions de l'article L. 723-5 ne peut avoir pour effet de porter à plus de quatre le nombre de trimestres d'assurance pris en compte par le régime d'assurance vieillesse des avocats au titre d'une même année civile.

Article R723-67-6

Le versement prend fin, dans des conditions fixées par décret :

1° Soit, si l'intéressé ne bénéficie pas d'un échelonnement, en cas de non-paiement ou de paiement partiel du versement ;

2° Soit, lorsque l'échelonnement a été autorisé, si à la date fixée par la décision d'admission au bénéfice du paiement échelonné une autorisation de prélèvement sur le compte bancaire ou d'épargne n'a pas été reçue, ou si le premier paiement n'est pas parvenu pour son montant intégral à la caisse ou lorsque le paiement de deux échéances mensuelles, successives ou non, n'a pas été intégralement effectué ;

3° Soit lorsque l'intéressé demande la liquidation de sa pension ;

4° Soit en cas de décès de l'intéressé.

Sauf dans le cas mentionné au 4°, la caisse informe l'intéressé de l'interruption du versement. Elle calcule le nombre de trimestres validés qui seront pris en compte pour le calcul de la pension ainsi que le montant qui excède le versement correspondant à ces trimestres et qui fait l'objet d'un remboursement.

Section 6 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Article R723-69

Le décret en Conseil d'Etat prévu par l'article L. 723-23 est pris sur le rapport du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 3 : Dispositions communes aux régimes complémentaires de salariés

Chapitre 1er : Constitution et fonctionnement des régimes complémentaires de salariés

Section 1 : Dispositions communes.

Article R731-1

Les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale de toute nature groupant tout ou partie du personnel d'une ou plusieurs entreprises qui constituent, soit en vertu d'une convention collective, soit en vertu de contrats individuels, des avantages au profit de travailleurs salariés ou assimilés s'ajoutant à ceux qui résultent de la législation de sécurité sociale, notamment sous forme d'épargne, de capitaux en cas de vie ou de décès, de retraites de vieillesse, de pensions d'invalidité ou de rentes à l'occasion d'accidents du travail, de pensions de veuves ou d'orphelins, sont tenues de se conformer aux dispositions du présent chapitre, même lorsqu'elles fonctionnent sans contribution des travailleurs intéressés.

Ne sont pas concernées par la présente disposition les mutuelles, les institutions mentionnées aux articles L. 111-2 et L. 711-1 et les caisses de sécurité sociale.

Article R731-2

Les institutions mentionnées à l'article R. 731-1 se distinguent en :

1°) institutions qui accordent des avantages déterminés et garantis par l'entreprise ou les entreprises intéressées ;

2°) institutions dont les avantages peuvent être révisés, lorsque les ressources de l'institution ne permettent pas d'en assurer le maintien ;

3°) institutions dont les prestations sont assurées directement et exclusivement par l'entremise soit de la caisse nationale de prévoyance, soit d'une entreprise privée régie par le décret du 14 juin 1938 unifiant le contrôle de l'Etat sur les entreprises d'assurance de toute nature et de capitalisation ;

4°) associations, unions, fédérations et, plus généralement, tous groupements ou organismes constitués entre les institutions mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 5° du présent article, en vue de réaliser une compensation de leurs charges, une caution de leurs engagements ou une mise en commun de moyens de gestion.

5°) institutions de prévoyance constituant des avantages autres que de retraites de vieillesse.

Article R731-3

L'autorisation prévue à l'article L. 731-1 précise l'avantage ou les avantages que l'institution a pour objet de constituer au profit des salariés qui lui sont affiliés.

Le fonctionnement de l'institution est subordonné à l'approbation, par le ministre chargé de la sécurité sociale, de ses statuts, règlement intérieur, règlement de retraite ou règlement de prévoyance, ainsi que des annexes tarifaires à ce dernier.

Les modifications apportées à ces documents ne peuvent entrer en vigueur qu'après approbation du ministre.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les pièces que les institutions doivent fournir en vue d'obtenir l'autorisation de fonctionnement et l'approbation de leurs statuts, règlements et annexes tarifaires, ainsi que des modifications apportées à ces statuts, règlements et annexes.

Article R731-3-1

L'autorisation prévue à l'article L. 731-1 ne peut être accordée que si l'institution :

1° Présente un caractère non lucratif ;

2° Se donne les moyens de maintenir durablement son équilibre financier ;

3° Compte un nombre minimal d'affiliés, fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction de la nature des avantages servis et de la technique employée.

Article R731-4

Les institutions mentionnées à l'article R. 731-1 qui constituent des retraites ou des capitaux en cas de vie ou de décès ou des pensions de veuves ou d'orphelins, ou des pensions d'invalidité établissent, tous les cinq ans, à la date du 31 décembre, un inventaire technique constatant que la situation financière de l'institution permet de garantir ses engagements.

Cet inventaire est envoyé au ministre chargé de la sécurité sociale dans les six premiers mois de l'année suivante. Il est également fourni à l'appui de toute demande d'autorisation ou de modification des statuts ou des documents mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 731-3.

L'inventaire technique prévu au premier alinéa du présent article est dressé conformément au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale et établi en tenant compte d'un taux d'intérêt égal ou inférieur à un taux fixé par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Un décret pris sur la proposition du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget détermine les garanties à exiger des institutions de retraites ou de prévoyance eu égard à leur effectif ou les règles d'évaluation du passif afférentes aux conditions ou modalités particulières de fonctionnement desdites institutions.

Article R731-5

Les institutions qui bénéficient de l'autorisation mentionnée à l'article R. 731-3 jouissent d'une personnalité civile distincte de celle de l'entreprise et de celle du comité d'entreprise ou du comité inter-entreprises.

Toute institution de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnée à l'article R. 731-1 adresse, dans les deux premiers mois de chaque année, au ministre chargé de la sécurité sociale un état de sa situation financière arrêté au 31 décembre précédent, établi conformément au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Indépendamment des subventions qui peuvent leur être allouées par l'entreprise ou par le comité d'entreprise, les institutions mentionnées à l'article R. 731-1 disposent, dans les conditions prévues au code de la mutualité, des dons et legs reçus par elles.

Article R731-6

Lorsque l'employeur ne prend aucun engagement ou ne donne aucune garantie en ce qui concerne la quotité des prestations, il est dispensé de la production de l'inventaire technique prévu à l'article R. 731-4.

Il n'est tenu que de fournir un état des ressources avec lesquelles il entend faire face au paiement des prestations accordées au personnel. Cet état des ressources, dressé conformément au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale, est établi tous les cinq ans à la date du 31 décembre et envoyé au ministre chargé de la sécurité sociale dans les six premiers mois de l'année suivante.

Article R731-7

Lorsque les prestations sont déterminées ou garanties par l'employeur et s'il apparaît, d'après les résultats du contrôle, que la situation financière de l'institution ne permet plus de faire face à l'exécution des engagements

contractés, le ministre chargé de la sécurité sociale peut adresser à l'employeur une mise en demeure d'avoir à fournir les garanties nécessaires.

Faute par l'employeur de se soumettre à cette injonction dans un délai de trois mois, le ministre chargé de la sécurité sociale peut prononcer le retrait de l'autorisation accordée à l'institution.

Article R731-8

Les obligations et avantages des adhérents et les obligations des employeurs peuvent être révisés soit par accord entre les employeurs et la majorité des travailleurs intéressés constatée par un vote à bulletin secret, soit par une convention collective.

A défaut d'entente, le différend est réglé conformément à la procédure applicable en matière de conflits collectifs de travail.

Article R731-9

Les statuts ou le règlement intérieur des institutions de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnées à l'article R. 731-1 déterminent :

1°) le siège social, l'objet et le champ d'application de l'institution, mention devant être obligatoirement faite des avantages que ladite institution assure directement ou dont l'assurance est, au contraire, confiée à un tiers.

2°) sous réserve des dispositions de l'article R. 731-10, la composition du conseil d'administration et le mode de désignation de ses membres, les pouvoirs du président et du directeur de l'institution et ceux que peut leur déléguer le conseil d'administration.

3°) les obligations et avantages des adhérents ;

4°) les droits des salariés qui cessent de faire partie de l'institution ;

5°) le cas échéant, les engagements pris ou les garanties données par le ou les employeurs à l'égard de l'institution ;

6°) les bases d'une liquidation éventuelle de l'institution.

Le ministre chargé de la sécurité sociale arrête des modèles de statuts des institutions de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnées à l'article R. 731-1. Ces documents comportent des dispositions obligatoires communes à toutes les institutions de même nature et des dispositions facultatives.

Le ministre chargé de la sécurité sociale peut demander aux institutions mentionnées à l'article R. 731-2 communication des documents destinés à être remis à leurs adhérents et participants et, dans un délai de trois mois à compter de leur réception, faire connaître à l'institution les modifications ou compléments qui lui paraissent devoir être apportés à ces documents.

Article R731-10

Le conseil d'administration de toute institution de prévoyance ou de sécurité sociale créée dans le cadre d'une ou plusieurs entreprises doit être composé au moins par moitié de représentants du comité d'entreprise ou du comité inter-entreprises et choisis dans les catégories correspondantes de bénéficiaires.

Lorsque l'institution ne relève ni d'un comité d'entreprise ni d'un comité inter-entreprises, le conseil d'administration comprend au moins pour moitié des représentants des ouvriers, employés ou retraités choisis parmi les intéressés et désignés conformément aux statuts de l'institution.

Article R731-11

Le montant maximum des fonds des institutions mentionnées à l'article R. 731-1 qui peuvent être employés en placements autres que des valeurs de l'Etat, ou jouissant de la garantie de l'Etat, ou en billets à ordre régis par les articles 183 et 184 du code de commerce émis, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé du budget, par des établissements prêteurs, détenteurs de créances hypothécaires, pour la mobilisation de tout ou partie de ces créances, lorsque ces effets sont susceptibles d'être acquis par le Crédit foncier de France, ne peut dépasser la moitié de l'actif de ces institutions. Le montant maximum des billets à ordre susindiqués ne peut dépasser 10 %.

Les prêts consentis en première hypothèque sur des immeubles appartenant aux établissements et entreprises où est employé le personnel affilié à la caisse ne peuvent en aucun cas dépasser le tiers de l'actif.

Ne peuvent être mis en dépôt dans l'établissement ou l'entreprise que les fonds de roulement nécessaires au paiement des dépenses d'un semestre ou correspondant aux cotisations d'un semestre.

Dans la limite du dixième de leur actif, les institutions peuvent effectuer, avec la caution de l'employeur, des prêts au comité d'entreprise pour la réalisation d'oeuvres sociales au bénéfice des salariés et anciens salariés de l'entreprise.

Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa du présent article, l'institution de prévoyance ou de sécurité sociale annexée à une entreprise dont les bénéfices sont pour plus des trois quarts attribués aux salariés et à l'institution elle-même, peut effectuer des prêts à ladite entreprise sous la condition que de tels prêts ne réduisent pas à moins de la moitié la part de l'actif investie en valeurs de l'Etat ou jouissant de la garantie de l'Etat.

Article R731-12

L'autorisation peut être refusée dans le cas où les statuts de l'institution prévoient des prestations dont la charge est incompatible avec une gestion économique normale de l'entreprise ou des entreprises intéressées.

Le refus d'autorisation peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif qui en apprécie, en droit et en fait, le bien-fondé. Ce recours peut être formé sans ministère d'avocat.

Le retrait d'autorisation, qui peut ne porter que sur une partie seulement des avantages constitués par l'institution, peut être prononcé :

1°) en cas d'irrégularité dans le fonctionnement de l'institution ;

2°) en cas de déséquilibre financier de l'institution ;

3°) dans le cas où, par suite des modifications de la situation économique, les prestations accordées par l'institution entraîneraient une charge incompatible avec une gestion économique normale de l'entreprise ou des entreprises intéressées.

Ce retrait peut faire l'objet du recours prévu au deuxième alinéa du présent article.

Article R731-12-1

L'autorisation obtenue par une institution qui constitue des avantages en faveur des salariés d'une seule entreprise et qui ne participe pas avec d'autres institutions à un système de compensation de ses charges, comme il est prévu au 4° de l'article R. 731-2, devient caduque si la liquidation judiciaire de l'entreprise vient à être prononcée. L'institution est liquidée dans les conditions énoncées à l'article R. 731-14 si ces opérations en cours ne sont pas reprises dans le délai de six mois prévu au premier alinéa dudit article par un organisme ayant la capacité de les assurer.

Article R731-13

Les articles R. 731-4 à R. 731-7, R. 731-9 et R. 731-11 ne sont pas applicables aux institutions mentionnées au 3° de l'article R. 731-2.

Toutefois, il n'est pas dérogé aux dispositions de ces articles pour toute institution de prévoyance créée par une compagnie d'assurances au profit de son personnel.

Article R731-14

Au cas où l'autorisation a été retirée à une institution en application de l'article R. 731-12, la liquidation doit intervenir dans les six mois, à moins que le tribunal administratif, saisi d'un recours, n'ait ordonné le sursis à l'exécution de la décision attaquée. La liquidation est effectuée, dans les conditions ci-après, au prorata des droits acquis, en cours d'acquisition et même simplement éventuels.

Le capital constitutif d'une pension en cours de service est la somme qu'il faudrait aliéner pour constituer, à l'âge du titulaire, une rente viagère immédiate égale à la pension servie.

Le capital constitutif d'une pension en cours d'acquisition est la somme qu'il faudrait aliéner pour constituer à l'âge du titulaire une rente viagère différée proportionnelle à la pension qu'il aurait obtenue d'après les statuts ou règlements de l'institution à liquider ou, à défaut, d'après les précédents de cette institution. Les droits éventuels sont liquidés d'après les mêmes principes.

Si l'institution de retraites comporte la réversibilité totale ou partielle des pensions, la liquidation s'opère d'après les mêmes principes.

Le capital constitutif ainsi calculé est transféré, soit à la caisse nationale de prévoyance, soit à une caisse autonome mutualiste. Ces organismes ne sont tenus qu'aux engagements résultant du montant des capitaux transférés et de l'application de leurs tarifs.

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les adhérents et participants qui le demandent peuvent obtenir le versement d'un capital substitué à la rente. Ce capital ne peut excéder 50 % du montant du plafond annuel fixé pour l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse du régime général. Il est calculé sur la base d'une évaluation des droits des intéressés faite comme il est prescrit aux trois premiers alinéas.

Les dispositions qui précèdent s'appliquent de même au cas où la liquidation de l'institution interviendrait à la suite d'un accord intervenu dans les conditions définies à l'article R. 731-8.

Article R731-15

En cas de liquidation d'une des institutions de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnées à l'article R. 731-1, l'employeur et les adhérents demeurent tenus de continuer à effectuer les versements prévus par le contrat de travail pour la constitution d'une retraite, sauf à les diminuer dans les conditions indiquées à l'article R. 731-8. Ces versements sont obligatoirement opérés soit à la caisse nationale de prévoyance, soit à une caisse autonome mutualiste, soit à une entreprise privée régie par le décret du 14 juin 1938, soit à une autre institution de l'article R. 731-1.

Article R731-16

La caisse générale de retraites de la presse française est soumise aux dispositions des articles R. 731-1 et suivants.

Article R731-17

Les départements, les communes, les établissements publics départementaux et communaux, peuvent constituer, au profit de leur personnel ne relevant pas des organisations spéciales de la sécurité sociale mentionnées aux articles L. 111-2 et L. 711-1, des institutions de prévoyance ou de sécurité sociale.

Ces institutions sont autorisées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre dont relève la collectivité à laquelle appartiennent les intéressés. Elles ne sont pas soumises aux autres dispositions du présent chapitre.

Article R731-18

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 731-1 est le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R731-19

La durée minimale d'application prévue au troisième alinéa de l'article L. 731-2 est fixée à six mois.

Article R731-20

Les arrêtés prévus à l'article L. 731-9 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget.

Article R731-21

Les arrêtés prévus à l'article L. 731-10 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget.

Article R731-22

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 621-60 du code de commerce, les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 731-1 peuvent accorder une remise totale ou

partielle des majorations de retard afférentes aux cotisations échues et non réglées. Cette remise n'est pas subordonnée au versement préalable desdites cotisations. Elle est acquise lorsque le tribunal compétent arrête le plan de sauvegarde ou de redressement judiciaire de l'entreprise en application du code de commerce, sous réserve des dispositions de l'article L. 621-82 du même code.

Les décisions afférentes aux remises de majorations de retard doivent être communiquées au mandataire judiciaire dans le délai de quarante-cinq jours de la réception de la lettre du mandataire judiciaire mentionnée à l'article 42 du décret n° 85-1388 du 27 décembre 1985 relatif au redressement et à la liquidation judiciaires des entreprises.

Le défaut de réponse de l'institution chargée du recouvrement dans les délais impartis vaut rejet des demandes.

Article R731-23

Les cessions de rang de privilège ou d'hypothèque ou l'abandon de ces sûretés prévus à l'article L. 621-60, alinéa 3, du code de commerce peuvent, sans extinction préalable de la créance, être accordés par les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 731-1. Les frais afférents à ces opérations sont à la charge du débiteur.

Section 2 : Dispositions propres aux institutions de prévoyance constituant des avantages autres que de retraites de vieillesse.

Article R731-24

Par dérogation aux dispositions de l'article R. 731-11, les placements des institutions de prévoyance mentionnées au 5° de l'article R. 731-2 sont régis par les dispositions ci-après de la présente section.

Article R731-25

Les placements des institutions de prévoyance mentionnées à l'article précédent ne peuvent être effectués que sous la forme des actifs ci-après :

1° Titres de créance à revenu fixe ou variable cotés sur une bourse française de valeurs ;

2° Titres représentatifs de capital cotés sur une bourse française de valeurs ;

3° Valeurs mobilières non cotées sur une bourse française de valeurs ;

4° Prêts autres que des prêts aux entreprises ;

5° Actifs immobiliers ;

6° Liquidités.

Un arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances et du ministre chargé de la sécurité sociale établit la liste des placements se rattachant à chaque catégorie.

Article R731-26

Les institutions de prévoyance mentionnées au 5° de l'article R. 731-2 peuvent procéder à des opérations de ventes de contrats admis à la négociation sur le marché à terme d'instruments financiers régis par la loi n° 85-615 du 11 juillet 1985, en couverture d'actifs qu'elles détiennent au titre des 1° et 6° de l'article R. 731-25.

Elles ne peuvent procéder à des achats que s'ils ont pour objet le dénouement, total ou partiel, des opérations de ventes précitées.

Article R731-27

I. - A toute époque, les placements des institutions de prévoyance doivent respecter, par rapport à l'actif de référence, les limites suivantes :

a) 34 % au moins de valeurs mentionnées au 1° de l'article R. 731-25 ;

b) 30 % au plus de valeurs mentionnées au 2° ;

c) 5 % au plus de valeurs mobilières étrangères relevant du 3° ;

d) 5 % au plus de valeurs mobilières françaises non cotées relevant également du 3°, non comprises les actions de sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement du titre Ier de la loi n° 79-594 du 13 juillet 1979 ;

e) 35 % au plus de prêts mentionnés au 4° ;

f) 35 % au plus d'actifs mentionnés au 5° ;

g) 50 % au plus pour l'ensemble des placements mentionnés aux 4° et 5° ;

h) 10 % au plus de liquidités suivantes : billets de trésorerie ; certificats de dépôts ; bons d'institutions financières spécialisées régis par les articles 32, 35 et 36 de la loi n° 85-1321 du 14 décembre 1985.

II. - L'actif de référence s'entend de l'ensemble des actifs, à l'exception de ceux qui sont réalisés en conformité avec l'objet statutaire des fonds de gestion et d'action sociale et à l'exclusion des disponibilités nécessaires au paiement d'une échéance trimestrielle de prestations. Ces dernières disponibilités ne peuvent être placées que dans les formes mentionnées aux 1° et 6° de l'article R. 731-25.

III. - Lorsqu'il est constitué des réserves de gestion et d'action sociale et si elles font l'objet de placements spécifiques, ceux-ci, par dérogation aux I et II du présent article, sont effectués pour 50 p. 100 au moins en titres mentionnés au 1° de l'article R. 731-25, les autres quotas ne s'appliquant pas en ce cas.

Article R731-28

Les créances de toutes natures et les actions émises par une même personne morale, à l'exception des valeurs d'Etat, garanties ou assimilées figurant sur la liste établie par le ministre chargé de l'économie et des finances, ne peuvent représenter plus de 5 % de l'actif de référence de l'institution de prévoyance.

Pour les actions de sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placement, ce taux est fixé à 10 %.

Un même immeuble ou les parts d'une même société ou d'un même groupement immobilier ne peuvent représenter plus de 10 % du montant de l'actif de référence. Cette règle ne concerne que les éléments patrimoniaux constituant cet actif.

Les placements en actions non cotées d'une même société ne peuvent excéder 10 % du capital de ladite société.

Article R731-29

Les prêts accordés aux organismes d'habitation à loyer modéré, aux coopératives de construction et aux sociétés d'économie mixte de construction de logements doivent bénéficier de la garantie totale et inconditionnelle d'une collectivité locale. Cette garantie doit avoir pour effet, avec renonciation au bénéfice de discussion et de division, de substituer immédiatement et sans réserve la collectivité garante au débiteur défaillant.

Article R731-30

Lorsqu'en vertu des statuts ou des règlements de l'institution de prévoyance, il est constitué des réserves de gestion administrative ou d'action sociale, les immobilisations, prêts ou acquisitions de titres relatifs à la gestion administrative ou à l'action sociale ne peuvent être imputés que sur les fonds correspondant à ces réserves.

Toutefois, les prêts aux affiliés actifs ou retraités peuvent être accordés sur d'autres fonds que les réserves de gestion et d'action sociale dans la limite de 10 % de l'actif de référence de l'institution.

Article R731-31

Les institutions de prévoyance auxquelles s'appliquent les dispositions de la présente section joignent à l'état de leur situation financière, prévu à l'article R. 731-5, qu'elles doivent adresser chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale, un état de leurs placements présenté dans les formes que fixe un arrêté de ce ministre et du ministre chargé de l'économie et des finances. Le même arrêté détermine, en tant que de besoin, pour l'application des articles R. 731-25 à R. 731-30, les règles d'évaluation des placements.

Article R731-32

Le règlement de prévoyance mentionné à l'article R. 731-3 détermine :

- 1°) L'assiette et le ou les taux de cotisations ;
- 2°) La nature, le mode de calcul et les conditions d'attribution des prestations ;
- 3°) Les modalités suivant lesquelles est poursuivi le service des prestations en cours en cas de retrait, de disparition, d'exclusion, de fusion ou d'absorption d'une entreprise adhérente.

Article R731-33

Les institutions mentionnées au 5° de l'article R. 731-2 doivent être en mesure à toute époque de justifier la couverture de leurs engagements.

Ces engagements sont garantis par la constitution à due concurrence de provisions techniques.

Article R731-34

Les tarifs des avantages servis par les institutions de prévoyance mentionnées au 5° de l'article R. 731-2 sont établis sur la base des taux d'intérêt techniques et des tables prévues dans l'arrêté pris pour l'application du troisième alinéa de l'article R. 731-4 et en fonction de frais de gestion dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 3 : Dispositions communes aux régimes complémentaires de salariés

Chapitre 2 : Prestations.

Article R732-1

Lorsque prend fin le contrat liant un salarié ou assimilé à une entreprise dans le cadre de laquelle a été établie une institution de prévoyance ou de sécurité sociale, l'intéressé conserve en tout état de cause le bénéfice de la fraction de ses versements personnels affectée à la constitution de retraites, de capitaux en cas de vie ou d'épargne.

Si ces versements n'ont pas été attribués à un compte individuel demeurant la propriété de l'intéressé, une prime unique est versée pour le compte de ce dernier, en vue de lui constituer, à l'âge fixé pour la liquidation de la retraite normale, la rente viagère ou le capital correspondant. Cette prime doit être égale à celle que devrait acquitter l'intéressé à l'âge où il quitte l'entreprise et conformément aux tarifs, à capital aliéné, de la caisse nationale de prévoyance en vigueur à cette date, pour se constituer, à l'âge fixé pour la liquidation de la retraite normale, une rente ou un capital égaux à ceux qu'auraient produits à cet âge, et suivant lesdits tarifs, les versements qu'il a effectués, si, à l'époque où ils ont été opérés, ils avaient été affectés à la constitution de rentes ou de capitaux. La prime est versée soit à la caisse nationale de prévoyance, soit à une caisse autonome mutualiste fonctionnant dans les conditions du code de la mutualité, soit à une autre institution mentionnée à l'article R. 731-1.

Lorsque des versements patronaux sont effectués à un compte individuel par travailleur, ils sont soumis aux règles fixées à l'alinéa précédent pour les versements personnels de l'intéressé. Ces dispositions ne font pas obstacle à l'application de règlement ou de statut prévoyant un régime plus favorable pour le salarié.

Des dérogations aux dispositions des alinéas précédents peuvent être décidées par les statuts des institutions prévues à l'article R. 731-1 lorsque celles-ci sont affiliées à un organisme mentionné au 4° de l'article R. 731-2.

Article R732-2

L'affiliation d'un salarié au régime général de sécurité sociale ne peut avoir pour conséquence la diminution ou la suppression des prestations de même nature déjà accordées en vertu du contrat de travail ou d'un régime particulier.

Toutefois, les employeurs et les travailleurs intéressés sont autorisés à réduire, dans les conditions de l'article R. 731-8, l'ensemble de leurs contributions telles qu'elles sont prévues par lesdits contrats ou régimes particuliers, à concurrence des cotisations d'assurances sociales affectées à la garantie de l'ensemble des risques contre lesquels ces travailleurs sont déjà garantis.

Les indemnités journalières, en cas de maladie ou de maternité, auxquelles les salariés ont droit au titre des assurances sociales sont imputées sur le montant des salaires ou portions de salaires maintenus en cas de maladie ou de maternité, en vertu des conventions collectives et contrats individuels de travail. Les autres prestations d'assurance maladie-maternité, auxquelles les salariés ont droit au titre des assurances sociales peuvent être imputées sur le montant des avantages de même nature déjà accordés en vertu des conventions collectives et contrats de travail.

En compensation de l'économie qu'il réalise du fait de ces imputations, l'employeur doit, soit prendre à sa charge une fraction de la contribution des salariés aux assurances sociales, soit accorder aux intéressés des avantages supplémentaires dans les conditions prévues à l'article R. 731-8.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 4 : Assurance personnelle - Assurance volontaire

Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité

Section 1 : Dispositions concernant le régime des salariés

Sous-section 2 : Anciens assurés obligatoires.

Article R742-1

Ont la faculté de demander le bénéfice de l'assurance volontaire prévue par l'article L. 742-1, les anciens assurés sociaux qui cessent de remplir les conditions d'assujettissement obligatoire soit au régime général de sécurité sociale mentionné au livre III, soit à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1, soit au régime des assurances sociales agricoles.

Article R742-2

Les personnes mentionnées à l'article R. 742-1 et qui désirent bénéficier de l'assurance sociale volontaire doivent adresser une demande à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est située leur résidence. Pour les anciens assurés sociaux qui transportent leur domicile hors du territoire métropolitain, la demande doit être adressée à la caisse primaire de leur dernière résidence.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les anciens assurés sociaux qui transportent leur domicile à l'étranger et qui souhaitent s'affilier à l'assurance volontaire au titre des seuls risques vieillesse et veuvage, adressent leur demande à la Caisse des Français de l'étranger. Pour la mise en œuvre en ce qui les concerne des dispositions de la présente sous-section, la Caisse des Français de l'étranger est substituée à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

La demande d'adhésion doit être formulée dans le délai de six mois.

Le modèle de la demande d'adhésion à l'assurance sociale volontaire est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R742-3

Les personnes mentionnées à l'article R. 742-1 doivent, à l'appui de leur demande, justifier qu'elles relevaient depuis au moins six mois de l'assurance sociale obligatoire soit à titre personnel, soit à titre d'ayant droit, par la production de la carte d'immatriculation d'assuré social et des derniers bulletins de paie comportant l'indication du précompte ou, à défaut de bulletin de paie, de toute autre pièce en tenant lieu.

Article R742-4

Les assurés sociaux volontaires sont, en vue du calcul du montant de la cotisation, répartis en quatre catégories, chacune de ces catégories correspondant à un pourcentage de la somme des plafonds mensuels de l'année applicables à l'assiette des cotisations de sécurité sociale dues au titre du régime de sécurité sociale applicable aux salariés ou assimilés. Ce pourcentage est déterminé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Les personnes mentionnées à l'article R. 742-1 sont classées dans la catégorie correspondant à leur rémunération professionnelle ayant donné lieu au versement des cotisations de sécurité sociale au titre du régime obligatoire, au cours des six derniers mois.

La caisse primaire d'assurance maladie peut, toutefois, décider pour l'une ou l'autre des catégories d'assurés volontaires, soit d'office, après une enquête périodique sur les revenus des intéressés, dans les conditions de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, leur affectation à une catégorie supérieure, soit, sur la demande des intéressés, au vu des justifications fournies et, s'il y a lieu, après enquête, leur affectation à une catégorie inférieure ou supérieure.

Article R742-5

Les assurés volontaires peuvent s'affilier, soit pour les risques invalidité, vieillesse et veuvage, soit pour les risques vieillesse et veuvage seuls en ce qui concerne uniquement les anciens assurés sociaux mentionnés à l'article R. 742-1 qui cessent de remplir les conditions d'assujettissement obligatoire à l'un des régimes de sécurité sociale applicable aux salariés, parce qu'ils transportent leur domicile hors du territoire métropolitain.

La faculté d'adhérer à l'assurance sociale volontaire pour les risques invalidité, vieillesse et veuvage n'est pas ouverte aux personnes qui bénéficient ou sont susceptibles de bénéficier d'un avantage de vieillesse acquis au titre soit du régime général, soit du régime des assurances sociales agricoles, soit du régime spécial de sécurité sociale, non plus qu'à celles qui relèvent d'une organisation autonome d'allocation de vieillesse prévue au titre II du livre VI. Cette disposition, toutefois, ne s'applique pas aux anciens assurés obligatoires des régimes spéciaux, titulaires d'une retraite proportionnelle.

Article R742-6

L'assiette des cotisations trimestrielles exigibles de chacune des catégories d'assurés sociaux volontaires mentionnées à l'article R. 742-4, pour la couverture des risques prévus à l'article R. 742-5, est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Le taux de ces cotisations est égal,

pour le risque vieillesse, à la somme des taux de cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, prévues aux deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3, à laquelle il convient d'ajouter 0,9 % pour le risque invalidité.

Les cotisations sont payables d'avance à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil. Elles sont exigibles à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande d'affiliation à l'assurance sociale volontaire. Toutefois, les intéressés peuvent demander que l'affiliation prenne effet à compter du premier jour du trimestre civil au cours duquel la demande est présentée. Dans ce cas, les cotisations sont dues à partir de la même date.

Le règlement des cotisations donne lieu à l'envoi ou à la remise par l'union de recouvrement d'une quittance valant attestation de paiement pour l'ouverture des droits à prestations.

Les cotisations peuvent être réglées d'avance, pour l'année civile entière, à la demande des redevables.

L'immatriculation est faite à la diligence de la caisse primaire d'assurance maladie qui reçoit et instruit la demande et porte à la connaissance des intéressés le montant des cotisations trimestrielles à payer.

Les personnes qui transportent leur domicile hors du territoire métropolitain peuvent désigner un mandataire résidant dans la métropole et chargé, par elles, d'accomplir les formalités de demande d'immatriculation et le versement des cotisations d'assurance sociale volontaire pour le risque vieillesse.

Le droit aux prestations de l'assurance sociale volontaire est subordonné à la justification préalable du versement des cotisations trimestrielles exigibles pour la couverture du risque donnant lieu à la demande d'indemnisation. Ces cotisations cessent d'être exigibles dès l'entrée en jouissance de la pension invalidité ou vieillesse.

Article R742-7

L'assuré qui s'abstient de verser la cotisation trimestrielle à l'échéance prescrite au deuxième alinéa de l'article R. 742-6 est radié de l'assurance volontaire. Toutefois, la radiation ne peut être effectuée qu'après envoi, par la caisse primaire, d'un avertissement, par lettre recommandée, invitant l'intéressé à régulariser sa situation dans les quinze jours à compter de la réception de l'avertissement préalable.

L'assuré social volontaire a la faculté de demander la résiliation de son assurance par simple lettre adressée à la caisse primaire d'assurance maladie compétente. La radiation prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la demande et comporte, le cas échéant, remboursement partiel des cotisations acquittées au titre du trimestre ou de l'année civile considéré.

En cas de radiation ou de résiliation, les périodes au cours desquelles les cotisations ont été acquittées, au titre de l'assurance vieillesse, entrent en ligne de compte pour l'ouverture du droit à pension et pour le calcul de ladite pension.

Article R742-8

Les pensions d'invalidité et les pensions de vieillesse sont calculées par référence au salaire annuel correspondant aux cotisations de l'assurance volontaire effectivement versées au cours de la période de référence. Toutefois, lorsqu'il est constaté que l'assuré a joui, sous forme de pension d'invalidité et de gains professionnels cumulés, pendant deux trimestres consécutifs, de ressources supérieures au quart du salaire correspondant à la catégorie dans laquelle il était rangé, le montant des arrérages de chaque trimestre ultérieur est réduit à concurrence du dépassement constaté au cours du trimestre précédent.

Les titulaires d'une pension d'invalidité acquise au titre de l'assurance sociale volontaire bénéficient des dispositions prévues pour les assurés sociaux obligatoires par les articles R. 171-2 et R. 355-1. Ils bénéficient également des dispositions des articles L. 341-15 et L. 341-16, lorsqu'ils ont droit à une pension du régime général d'assurance vieillesse.

Les périodes d'assurance obligatoire et d'assurance volontaire se cumulent pour l'ouverture du droit aux prestations d'assurance vieillesse et d'invalidité et pour le calcul de ces prestations.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe le nombre des cotisations trimestrielles exigées des assurés sociaux volontaires pour avoir ou ouvrir droit aux différentes prestations définies au présent article.

Sous-section 3 : Tierce personne

Article R742-9

Les personnes qui, sans recevoir de rémunération, remplissent effectivement les fonctions et obligations de la tierce personne auprès de leur conjoint ou d'un membre de leur famille infirme ou invalide sont, sur leur demande, affiliées à l'assurance volontaire pour les risques invalidité et vieillesse ou, si elles relèvent de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale par application du deuxième alinéa de l'article L. 381-1, pour le risque invalidité seul.

Article R742-10

La demande d'affiliation est présentée dans un délai de dix ans à compter du début de l'activité au service de l'infirmes ou de l'invalides ou à compter de la date à laquelle les intéressés cessent de relever de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale en application des dispositions du 2° de l'article L. 381-1.

Article R742-11

La demande est adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève le demandeur.

Elle comporte obligatoirement une déclaration signée du demandeur et attestant, sur l'honneur, que celui-ci assume effectivement auprès de son conjoint ou d'un membre de sa famille infirmes ou invalides, sans recevoir de rémunération, les fonctions et obligations de la tierce personne.

Article R742-12

Le demandeur doit en outre fournir les justifications suivantes :

1°) une pièce justifiant de sa qualité de conjoint, d'ascendant, de descendant, de collatéral jusqu'au troisième degré ou d'allié au même degré de l'infirmes ou de l'invalides à l'assistance duquel il consacre son activité ;

2°) une fiche d'état civil ;

3°) une attestation de domicile ;

4°) tout document de nature à établir que l'infirmes ou l'invalides est dans l'obligation d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne, notamment :

a. soit une pièce délivrée par le service ou l'organisme compétent attestant que l'intéressé est bénéficiaire d'une allocation ou majoration pour tierce personne servie au titre d'un régime social législatif ou réglementaire ;

b. soit une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.

Article R742-13

La caisse primaire d'assurance maladie apprécie, sur avis du service du contrôle médical, si l'infirmes ou l'invalides est dans l'obligation d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne.

Les contestations sont réglées dans les conditions prévues par l'article L. 143-1.

Article R742-14

La cotisation des assurés est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire égale, par mois, à 169 fois le salaire horaire minimum de croissance en vigueur au 1er juillet de l'année civile précédente.

Sont applicables pour chacun des risques invalidité et vieillesse les taux prévus à l'article R. 742-6.

Article R742-15

Les dispositions des articles R. 742-6 et R. 742-7 sont applicables aux personnes mentionnées à l'article R. 742-9.

Article R742-16

Les pensions sont liquidées suivant les règles en vigueur pour l'assurance vieillesse et l'assurance invalidité obligatoire du régime général de sécurité sociale.

Sous-section 4 : Personnes chargées de famille

Paragraphe 4 : Dispositions concernant l'assurance volontaire invalidité parentale.

Article R742-21-1

La personne chargée de famille qui désire bénéficier de l'assurance volontaire invalidité parentale instituée par le quatrième alinéa de l'article L. 742-1 doit adresser une demande à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est située sa résidence. Le modèle de la demande d'adhésion est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R742-21-2

La cotisation due au titre de l'assurance volontaire invalidité parentale est calculée en retenant :

1° Une assiette forfaitaire égale pour chaque trimestre au produit du montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée par un nombre d'heures égal à 13 fois la durée hebdomadaire légale du travail, applicable à la même date ;

2° Un taux fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R742-21-3

Sur demande de l'intéressée, les cotisations sont prélevées mensuellement sur les prestations familiales, conformément aux dispositions de l'article L. 553-4, sous réserve que leur montant soit intégralement couvert par le montant desdites prestations.

Dans ce cas, l'organisme débiteur de prestations familiales est tenu :

1° De faire connaître à l'assuré, le premier jour du trimestre civil au cours duquel s'éteint son droit aux prestations familiales, qu'il lui appartient, à compter du trimestre suivant, d'acquitter personnellement ses cotisations à l'assurance volontaire invalidité parentale ;

2° D'informer la caisse primaire d'assurance maladie et l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de la date à laquelle prend fin le droit aux prestations familiales de l'assuré.

Article R742-21-4

Les dispositions des articles R. 742-6 (2e, 3e, 4e, 5e et 7e alinéa), R. 742-7 (1er et 2e alinéa) et R. 742-8 (première phrase du 1er, 2e et 3e alinéa) sont applicables à l'assurance volontaire invalidité parentale.

Article R742-21-5

La personne qui, dans le délai de six mois suivant la date à laquelle elle cesse de relever des dispositions du premier alinéa, de l'article L. 161-8, adhère à l'assurance volontaire invalidité parentale peut acquitter les cotisations à compter du premier jour du trimestre civil suivant le début de la période de maintien des droits. L'affiliation prend effet à la même date. Lorsque le début de la période du maintien de droits ne coïncide pas avec le début d'un trimestre civil les cotisations sont réputées acquittées à compter du premier jour de cette période.

Article R742-21-6

Lorsque la personne qui a cessé de relever de l'assurance volontaire invalidité parentale pour être affiliée à un régime obligatoire d'assurance invalidité de travailleurs salariés peut prétendre, dans l'année suivant la reprise d'activité professionnelle, au bénéfice d'une pension d'invalidité, elle est réputée, pour l'application de l'article R. 313-5, avoir accompli 200 heures de travail salarié par trimestre ayant donné lieu au versement de cotisation à l'assurance volontaire parentale.

Sous-section 5 : Personnes ayant bénéficié de l'indemnité de soins aux tuberculeux.

Article R742-22

La demande de rachat portant sur les périodes de perception de l'indemnité de soins aux tuberculeux est adressée aux organismes mentionnés à l'article R. 351-37-2.

Article R742-23

Cette demande est obligatoirement accompagnée d'une attestation, délivrée par le service des anciens combattants qui attribue l'indemnité, indiquant les périodes durant lesquelles l'indemnité a été servie et celles pour lesquelles l'activité professionnelle éventuellement exercée n'a pas entraîné suspension de l'indemnité.

Dans ce dernier cas, la demande doit préciser en outre le régime d'assurance vieillesse auquel l'intéressé a été affilié au titre de l'activité ainsi que les références sous lesquelles il a cotisé.

Les périodes prévues au présent article ne peuvent être prises en compte pour le rachat si elles sont déjà retenues pour le calcul de la pension.

Article R742-24

Le montant des cotisations dues au titre du rachat est calculé en appliquant à l'assiette forfaitaire afférente à la troisième catégorie d'assurés volontaires définie en application de l'article R. 742-4 :

- 1° Les coefficients de revalorisation en vigueur à la date du versement, applicables aux salaires et aux cotisations servant de base au calcul des pensions ou rentes en vertu de l'article L. 351-11 ;
- 2° Les taux de cotisations pour le risque vieillesse incombant au salarié et à l'employeur, applicables lors de la période d'activité en cause ou, pour les périodes d'activité antérieures au 1er octobre 1967, le taux de 9 % ;
- 3° Une actualisation au taux de 2,5 % par année civile révolue séparant la date du versement de la fin de la période d'activité en cause.

Le versement des cotisations de rachat peut être échelonné avec l'accord de la caisse compétente, sur une période dont la durée ne peut excéder quatre ans à compter de la notification de l'admission au rachat.

Si à l'expiration de ce délai, la totalité des cotisations dues n'a pas été versée, le rachat est annulé et les versements effectués sont remboursés à l'assuré.

Article R742-25

La demande de rachat ne peut concerner les périodes postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une pension ou rente de vieillesse du régime général de sécurité sociale.

Les demandes de rachat au titre de l'assurance volontaire doivent porter sur la totalité des périodes non susceptibles d'être validées en application du premier alinéa de l'article L. 161-21.

Toutefois la demande de rachat peut être limitée à une partie de ces périodes lorsque l'application de la règle fixée à l'alinéa précédent aurait pour effet, compte tenu des périodes d'assurance retenues par ailleurs, de porter au-delà de quatre-vingts trimestres la durée d'assurance susceptible d'être prise en compte à la date de cette demande. Dans ce cas, le rachat ne peut être demandé que dans l'ordre chronologique de la ou des périodes.

Article R742-26

Les droits des personnes qui demandent à bénéficier de la faculté de rachat prévue à l'article L. 742-4 sont liquidés suivant les règles en vigueur pour l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

Article R742-27

Les assurés peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de dépôt de leur demande de rachat, sous réserve que leur demande de prestation de vieillesse ait été formulée dans les six mois suivant la date à laquelle leur aura été notifiée la décision faisant droit à leur demande de rachat.

Article R742-28

Lorsque des cotisations sont rachetées par le bénéficiaire d'une pension ou rente déjà liquidée, celle-ci est révisée à compter, du premier jour du mois civil suivant la date de la demande de rachat, compte tenu des périodes rachetées au titre de l'assurance volontaire antérieures à la date d'effet de la liquidation, et dans la limite du maximum de trimestres susceptibles d'être pris en compte à cette date d'effet initiale.

Article R742-29

La mise en paiement des pensions ou rentes correspondant au rachat est ajournée jusqu'au moment où le versement des cotisations de rachat est terminé.

Sous-section 6 : Personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle salariée ou assimilée hors du territoire français

Article R742-30

Les dispositions de la sous-section 2 de la présente section sont applicables, dans les conditions fixées ci-après, aux personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle salariée ou assimilée hors du territoire français et ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée de cinq ans.

Ces dispositions sont également applicables aux veuves de salariés ou assimilés dont le conjoint aurait rempli les conditions fixées par la présente sous-section.

Article R742-31

Ne peuvent donner lieu à rachat les périodes prises en compte antérieurement à l'accession à l'indépendance des Etats qui étaient placés sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France soit au titre de la loi n° 64-1330 du 26 décembre 1964 portant prise en charge et revalorisation de droits et avantages sociaux consentis à des Français ayant résidé en Algérie, soit d'un régime obligatoire de vieillesse ayant fonctionné dans l'un desdits Etats et qui font l'objet d'une garantie de l'Etat français.

Article R742-32

Les demandes d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse formées en application du 1° de l'article L. 742-1 doivent être présentées dans un délai de dix ans à compter du premier jour de l'exercice de leur activité à l'étranger.

Les personnes mentionnées à l'article L. 742-2 doivent présenter leur demande dans un délai de dix ans à compter du dernier jour de l'exercice de leur activité à l'étranger, ou de celle de leur conjoint décédé.

Article R742-34

Pour l'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse, les intéressés sont rangés dans la classe de cotisations correspondant à la rémunération afférente à leur dernière activité salariée à l'étranger.

Les demandes de rachat sont adressées aux organismes mentionnés à l'article R. 351-37-2.

Article R742-35

Les droits des personnes qui demandent le bénéfice de l'article L. 742-2 sont liquidés suivant les règles en vigueur pour le régime général de l'assurance vieillesse.

Article R742-36

Les périodes assimilées à des périodes d'activité salariée pour l'application de l'article L. 742-2 sont ;

1°) les périodes postérieures au 30 juin 1930, pendant lesquelles les travailleurs ont été contraints de suspendre leur activité salariée à la suite de leur appel sous les drapeaux soit pour accomplir leur service militaire légal en temps de paix, soit comme mobilisés ou comme volontaires en temps de guerre ;

2°) les périodes postérieures au 1er septembre 1939 durant lesquelles les intéressés ont été mobilisés, engagés volontaires en temps de guerre, prisonniers ou déportés ;

3°) les périodes postérieures au 1er septembre 1939, telles qu'elles sont définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, durant lesquelles les intéressés ont été, dans les territoires d'outre-mer et les Etats qui étaient antérieurement placés sous la souveraineté, le protectorat ou la tutelle de la France, empêchés d'exercer une activité salariée en raison de la situation où ils se sont trouvés placés du fait de la guerre ou de troubles à l'ordre public.

Pour bénéficier des dispositions du présent article, les intéressés doivent justifier de leur adhésion à l'assurance volontaire au titre d'une activité salariée pendant une durée d'au moins six mois précédant immédiatement le trimestre civil au cours duquel est survenue la cessation d'emploi.

Article R742-37

Les assurés peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de dépôt de leur demande de rachat, sous réserve que leur demande de prestation de vieillesse ait été formulée dans les six mois suivant la date à laquelle leur aura été notifiée la décision faisant droit à leur demande de rachat.

Article R742-38

Les prestations de vieillesse sont révisées, avec effet, au premier jour du mois civil suivant la date de la demande de rachat, compte tenu des périodes validées au titre du rachat, dans la limite du maximum de

trimestres susceptibles d'être pris en compte à la date d'entrée en jouissance initiale de ces prestations de vieillesse.

La demande de rachat ne peut concerner des périodes d'activité postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une prestation de vieillesse.

Article R742-39

Le montant des cotisations dues au titre du rachat est égal à celui des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 351-14-1.

Pour les assurés âgés de soixante-sept ans ou plus à la date de présentation de leur demande de rachat, le montant des cotisations est égal au montant des cotisations prévues par le premier alinéa de l'article L. 351-14-1 pour les assurés âgés de soixante-deux ans, diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

Le tarif applicable est déterminé en fonction de la rémunération afférente aux douze derniers mois d'activité salariée à l'étranger.

Le versement des cotisations dues peut être échelonné dans les mêmes conditions que le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1. Il peut être mis fin au versement dans les mêmes conditions que pour le versement des cotisations prévues à l'article L. 351-14-1.

La mise en paiement des pensions liquidées en faveur des intéressés est ajournée jusqu'au moment où le versement des cotisations dont il s'agit est terminé.

Section 2 : Dispositions concernant les régimes des non-salariés non-agricoles

Sous-section 2 : Dispositions communes au régime des professions artisanales et à celui des professions industrielles et commerciales.

Article R742-40

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article R. 634-1, le revenu servant de base au calcul de la pension correspondant aux années donnant lieu au partage mentionné à l'article L. 742-10 est déterminé séparément et en ne tenant compte que des cotisations versées au cours de ces années.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 4 : Assurance personnelle - Assurance volontaire

Chapitre 3 : Assurances volontaires en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Section 1 : Assurance individuelle

Article R743-1

Les personnes non mentionnées aux articles L. 411-1, L. 411-2, L. 412-2, L. 412-8 et L. 413-12 qui désirent bénéficier de l'assurance volontaire prévue à l'article L. 743-1 adressent à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle elles ont leur résidence habituelle, une demande conforme à un modèle fixé par arrêté accompagnée d'un extrait d'acte de naissance sur papier libre.

Article R743-2

Le requérant fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie, dans sa déclaration, le salaire annuel devant servir de base au calcul des cotisations et, sous réserve des dispositions de l'article R. 743-4, au calcul des prestations.

Ce salaire ne peut être inférieur au salaire minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16, ni supérieur au plafond annuel moyen des cotisations de sécurité sociale.

Dans le cas où le requérant bénéficie également de l'assurance volontaire au titre de l'article L. 742-1 le salaire annuel de base des cotisations et des indemnités est celui de la classe dans laquelle l'intéressé se trouve rangé, sans pouvoir toutefois, être inférieur au minimum prévu à l'alinéa précédent.

Pour les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code du commerce, l'assiette servant de base au calcul des cotisations et des prestations est le salaire minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16

La caisse primaire d'assurance maladie vérifie si la situation du requérant entre dans les catégories mentionnées à l'article R. 743-1 et lui notifie sa décision dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande.

Article R743-3

L'assurance volontaire ouvre droit aux prestations prévues par la législation relative aux accidents du travail à l'exception de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 433-1.

Section 2 : Assurance des bénévoles d'oeuvres et d'organismes d'intérêt général

Article R743-4

Les oeuvres ou organismes d'intérêt général mentionnés à l'article L. 743-2 qui désirent souscrire une assurance couvrant les risques accidents du travail et maladies professionnelles pour tout ou partie de leurs bénévoles adressent à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est situé chacun de leurs établissements une demande en ce sens.

Cette demande doit être conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Elle comporte un état nominatif des bénévoles concernés, qu'elle regroupe par catégories d'activité, définies par arrêté du même ministre. L'état nominatif ne peut être modifié que dans les quinze premiers jours du mois précédant chaque trimestre civil d'assurance, les modifications prenant effet à compter du premier jour dudit trimestre.

La caisse primaire d'assurance maladie mentionnée au premier alinéa vérifie si la demande de l'oeuvre ou de l'organisme répond aux prescriptions de l'article L. 743-2 et du présent article et lui notifie sa décision dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande.

Article R743-5

L'assurance volontaire en faveur des bénévoles ouvre droit aux prestations prévues par la législation relative aux accidents du travail, à l'exception de l'indemnité journalière mentionnée à l'article L. 433-1 et de l'indemnité en capital mentionnée à l'article L. 434-1. Ces prestations sont versées par la caisse primaire d'assurance maladie mentionnée à l'article R. 743-4 sous réserve de justification du paiement des cotisations dans les conditions fixées aux articles R. 743-9 et R. 743-10.

Article R743-6

Pour l'application des articles L. 411-1 et L. 411-2, le lieu où s'exerce le bénévolat est considéré comme le lieu de travail. Doivent être considérés comme survenus à l'occasion de leurs missions les accidents dont pourraient être victimes les bénévoles pendant le trajet d'aller et retour entre leur lieu de travail et le siège de l'oeuvre ou de l'organisme d'intérêt général, ou les instances aux travaux desquels ils participent.

Article R743-7

Le salaire annuel servant de base au calcul des cotisations et des prestations des bénévoles est le salaire minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16.

Article R743-8

Les obligations de l'employeur en matière de déclaration des accidents du travail ou des maladies professionnelles incombent à l'oeuvre ou à l'organisme d'intérêt général.

Section 3 : Dispositions communes

Article R743-9

Les droits des bénéficiaires des assurances prévues aux articles L. 743-1 et L. 743-2 prennent effet du premier jour du mois qui suit la décision de la caisse primaire d'assurance maladie. Ils cessent au dernier jour du trimestre civil en cours sous réserve de l'acquittement des cotisations.

En dehors du premier versement, les cotisations trimestrielles sont payables d'avance dans les quinze premiers jours du mois précédant le trimestre civil d'assurance.

Article R743-10

Lorsque les cotisations n'ont pas été intégralement acquittées à la fin du mois précédant le trimestre civil d'assurance, les accidents intervenus pendant ce trimestre n'ouvrent pas droit aux prestations des assurances prévues aux articles L. 743-1 et L. 743-2.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 2 : Organisation administrative et financière - Contentieux

Section 1 : Dispositions communes aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales.

Article R752-1

Les dispositions des articles R. 231-1, R. 281-4 et R. 281-6 sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale et caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article R752-2

Sans préjudice de l'application de l'article L. 752-8 et dans le cadre du programme les concernant, les caisses générales de sécurité sociale et les caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1 exercent respectivement leur action sanitaire et sociale suivant les règles applicables aux caisses régionales d'assurance maladie et aux caisses d'allocations familiales des autres départements telles qu'elles sont fixées au titre VI du livre II du présent code.

Article R752-3

Le délai d'un mois mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 151-1 est, en ce qui concerne les départements mentionnés à l'article L. 751-1, porté à trois mois.

Article R752-4

L'arrêté prévu à l'article L. 752-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture.

Article R752-5

Les arrêtés mentionnés au premier alinéa de l'article L. 752-2 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et éventuellement les autres ministres intéressés.

Article R752-6

L'arrêté mentionné à l'article L. 752-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article R752-7

L'autorité compétente pour la désignation des personnes qualifiées au sein des conseils d'administration des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1, est le ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 2 : Dispositions relatives aux caisses générales de sécurité sociale.

Article R752-8

Les caisses générales de sécurité sociale exercent les attributions dévolues aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses régionales et à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Article R752-9

Les dispositions de l'article R. 211-11 sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Section 4 : Contentieux

Sous-section 1 : Contentieux général - Contentieux technique.

Article R752-10

Les dispositions des chapitres 1 à 4 du titre IV du livre Ier du présent code sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1 dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles suivants.

Article R752-11

Les dispositions des chapitres 2 à 4 du titre IV du livre Ier du présent code relatives, en matière de contentieux général et technique, tant aux caisses primaires ou régionales d'assurance maladie qu'aux caisses d'allocations familiales sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article R752-12

Le ressort des tribunaux des affaires de sécurité sociale et des tribunaux du contentieux de l'incapacité correspond à la circonscription de chaque caisse générale de sécurité sociale.

Article R752-13

Le délai d'un mois pour interjeter appel des décisions des tribunaux des affaires de sécurité sociale est, éventuellement, augmenté en raison des distances, conformément aux dispositions applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article R752-14

Les attributions du directeur régional des affaires sanitaires et sociales sont, dans le département de la Réunion, exercées par le directeur départemental.

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les fonctions de secrétaire de tribunal des affaires de sécurité sociale et de tribunal du contentieux de l'incapacité sont assurées par un fonctionnaire des services déconcentrés exerçant, en matière de sécurité sociale, les missions qui, en métropole, sont dévolues aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

Article R752-15

Le délai de dix jours prévu à l'article R. 143-8 peut, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, être prolongé dans certains territoires ou dans certaines circonscriptions locales de chacun de ces départements par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture pris dans les conditions prévues à l'article L. 754-1.

Article R752-16

Les dispositions de la présente sous-section sont applicables aux différends mentionnés à l'article L. 752-12.

Sous-section 2 : Contentieux du contrôle technique.

Article R752-17

Pour leur application aux départements mentionnés à l'article L. 751-1, les dispositions du chapitre 5 du titre IV du livre Ier du présent code font l'objet, en tant que de besoin, d'adaptations déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article R752-18

Les actions intentées en application des articles L. 145-1 et suivants à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires du présent titre sont soumises en première instance à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des médecins des Antilles-Guyane, en ce qui concerne les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique.

Article R752-18-1

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional compétente à l'égard des médecins exerçant dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique est présidée par le président du tribunal administratif où la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a son siège ou un magistrat délégué par lui.

La section comprend également, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil interrégional et choisis en son sein et, d'autre part, deux assesseurs proposés conjointement par les trois caisses générales de sécurité sociale, après consultation des médecins-conseils régionaux, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans ces régions. Les assesseurs sont nommés par le président du tribunal administratif dans le ressort duquel est installé le siège de la section.

Article R752-18-2

Les actions intentées en application des articles L. 145-1 et suivants à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires du présent titre sont soumises en première instance à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Antilles-Guyane en ce qui concerne les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique.

Article R752-18-3

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des chirurgiens-dentistes exerçant dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique est présidée par le président du tribunal administratif où la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a son siège ou un magistrat délégué par lui.

La section comprend également, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil interrégional et choisis en son sein et, d'autre part, deux assesseurs proposés conjointement par les trois caisses générales de sécurité sociale, après consultation des chirurgiens-dentistes-conseils régionaux, parmi les chirurgiens-dentistes-conseils titulaires ou les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans ces régions. Les assesseurs sont nommés par le président du tribunal administratif dans le ressort duquel est installé le siège de la section.

Article R752-18-3-1

Pour les actions intentées en application des articles L. 145-1 et suivants à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires du présent titre, la section des assurances sociales compétente à l'égard des sages-femmes exerçant dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique est la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des sages-femmes du secteur défini à l'article L. 4152-1 du code de la santé publique comprenant le département de Paris.

Article R752-18-3-2

Les actions intentées en application des articles L. 145-5-1 et suivants à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires du présent titre sont soumises en première instance à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Antilles-Guyane en ce qui concerne les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique.

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional compétente à l'égard des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique est présidée par le président du tribunal administratif où la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a son siège ou un magistrat délégué par lui.

La section comprend également, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil interrégional et choisis en son sein et, d'autre part, deux assesseurs proposés conjointement par les trois caisses générales de sécurité sociale, après consultation des médecins-conseils régionaux, parmi les médecins-conseils titulaires chargés

du contrôle médical dans ces régions. Les assesseurs sont nommés par le président du tribunal administratif dans le ressort duquel est installé le siège de la section.

Article R752-18-3-3

Pour les actions intentées en application des articles L. 145-5-1 et suivants à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires du présent titre, la section des assurances sociales compétente à l'égard des pédicures-podologues exerçant dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique est la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des pédicures-podologues de la région Ile-de-France.

Article R752-18-3-4

Les actions intentées en application des articles L. 145-5-1 et suivants à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires du présent titre sont soumises en première instance à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des infirmiers des Antilles-Guyane en ce qui concerne les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique.

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional compétente à l'égard des infirmiers exerçant dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique est présidée par le président du tribunal administratif où la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a son siège ou un magistrat délégué par lui.

La section comprend également, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil interrégional et choisis en son sein et, d'autre part, deux assesseurs proposés conjointement par les trois caisses générales de sécurité sociale, après consultation des médecins-conseils régionaux, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans ces régions. Les assesseurs sont nommés par le président du tribunal administratif dans le ressort duquel est installé le siège de la section.

Article R752-18-3-5

Pour les sections des assurances sociales d'Antilles-Guyane, pour chaque assesseur titulaire représentant les trois caisses générales de sécurité sociale, quatre assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires.

Les assesseurs représentant l'organisme d'assurance maladie dans la région où exerce le professionnel de santé objet de la plainte se déplacent sur les assesseurs d'une autre région composant la section des assurances sociales Antilles-Guyane intéressée.

Article R752-18-4

Les actions intentées en application des articles L. 145-1 et suivants à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires du présent titre sont soumises en première instance à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des médecins de La Réunion-Mayotte, en ce qui concerne La Réunion et Mayotte.

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance compétente à l'égard des médecins exerçant à La Réunion et à Mayotte est présidée par le président du tribunal administratif de Saint-Denis de La Réunion ou un magistrat délégué par lui.

La section comprend également, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil interrégional et choisis en son sein et, d'autre part, deux assesseurs proposés par le médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical, en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance concernée. Les assesseurs sont nommés par le président du tribunal administratif de La Réunion.

Article R752-18-5

Les actions intentées en application des articles L. 145-1 et suivants à l'occasion de soins dispensés aux bénéficiaires du présent titre sont soumises en première instance à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des chirurgiens-dentistes de La Réunion et de Mayotte, en ce qui concerne La Réunion et Mayotte.

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance compétente à l'égard des chirurgiens-dentistes exerçant à La Réunion et à Mayotte est présidée par le président du tribunal administratif de Saint-Denis de La Réunion ou un magistrat délégué par lui.

La section comprend également, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil interrégional et choisis en son sein et, d'autre part, deux assesseurs proposés par le médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les chirurgiens-dentistes-conseils titulaires chargés du contrôle médical, en dehors du ressort de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance concernée. Les assesseurs sont nommés par le président du tribunal administratif de La Réunion.

Article R752-18-5-1

Pour les sections des assurances sociales de La Réunion et de Mayotte, pour chaque assesseur titulaire représentant les organismes de sécurité sociale, quatre assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires. Les articles R. 145-13 à R. 145-68 sont applicables à Mayotte.

Article R752-18-5-2

La section des assurances sociales compétente à l'égard des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues et des infirmiers exerçant dans le département de La Réunion sont respectivement celles de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des infirmiers de la région Ile-de-France. La section des assurances sociales compétente à l'égard des sages-femmes exerçant dans ce même département est la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des sages-femmes du secteur défini à l'article L. 4152-1 du code de la santé publique comprenant le département de Paris.

Article R752-18-6

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'occasion des prestations servies à des assurés sociaux à l'encontre des pharmaciens titulaires d'une officine, des pharmaciens des établissements hospitaliers, des pharmaciens mutualistes, des pharmaciens salariés et des pharmaciens biologistes-responsables, biologistes-coresponsables et biologistes médicaux des laboratoires de biologie médicale exerçant dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion sont soumis en première instance à une section distincte, dite section des assurances sociales du conseil central de la section E de l'ordre des pharmaciens.

Article R752-18-7

La section des assurances sociales du conseil central de la section E est présidée par le président du tribunal administratif de Paris ou un magistrat délégué par lui.

La section comprend également, d'une part, deux assesseurs proposés par le conseil central de la section E de l'ordre des pharmaciens et choisis en son sein, d'autre part, deux assesseurs représentant les organismes de sécurité sociale. Ces derniers sont nommés parmi les pharmaciens-conseils des caisses d'assurance maladie :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale ;

2° Le second, sur proposition conjointe du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale et des responsables du service médical de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les pharmaciens-conseils titulaires d'un des trois régimes mentionnés au présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.

Les assesseurs sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Pour l'application des dispositions des articles R. 145-10 à R. 145-68 aux pharmaciens mentionnés au présent article, la référence aux conseils régionaux et centraux des sections D, G et H est remplacée par la référence au conseil central de la section E.

Section 5 : Dispositions relatives aux exonérations de cotisations prévues aux articles L. 752-3-1 et L. 752-3-2

Article R752-19

L'exonération prévue au I de l'article L. 752-3-1 est applicable aux cotisations d'assurances sociales et d'allocations familiales qui sont dues au titre des rémunérations des salariés employés dans des établissements situés à Saint-Pierre-et-Miquelon.

L'exonération est déterminée par mois civil et pour chaque salarié en prenant en compte le nombre d'heures de travail rémunérées au cours du mois.

Pour les salariés dont la rémunération ne peut être déterminée au cours du mois en fonction d'un nombre d'heures de travail rémunérées ou pour lesquels le contrat de travail est suspendu, il est fait application des dispositions prises en application de l'article L. 241-15 du code de la sécurité sociale.

Article R752-20

I. - Pour l'application des seuils prévus aux 1° et 2° du I de l'article L. 752-3-1, l'effectif pris en compte est celui des salariés employés par l'entreprise, tous établissements confondus, situés à Saint-Pierre-et-Miquelon. Il est apprécié en moyenne sur l'année civile et déterminé selon les modalités fixées aux articles L. 1111-2, L. 1111-3 et L. 1251-54 du code du travail et arrondi à l'unité la plus proche.

Dans l'attente de la détermination de l'effectif de l'année, il est tenu compte de l'effectif employé par l'entreprise au cours de l'année précédente. Toutefois, en cas de baisse de son effectif, l'entreprise peut obtenir l'application de l'exonération pour l'année en cours dans les conditions fixées par les dispositions prises en application du 1° du I de l'article L. 752-3-1 du code de la sécurité sociale.

A titre provisionnel, l'exonération est applicable, pour chaque mois civil, aux rémunérations versées au cours du mois dans la limite de dix salariés dans le cas général et de cinquante salariés pour les entreprises du secteur du bâtiment et des travaux publics.

Une régularisation est effectuée au plus tard le 31 mars de l'année suivante au vu de la moyenne des effectifs de l'année calculée conformément au premier alinéa ci-dessus.

II. - Bénéficiaire de l'exonération prévue au I de l'article L. 752-3-1 les entreprises, employeurs et organismes mentionnés au 1° et au 2° du I de cet article, qui se créent ou s'implantent à Saint-Pierre-et-Miquelon et dont l'effectif est, l'année de création ou d'implantation, de moins de onze salariés dans le cas général et de moins de cinquante et un salariés pour les entreprises du secteur du bâtiment et des travaux publics.

Cet effectif est déterminé selon les modalités prévues au premier alinéa du I du présent article au prorata du nombre de mois civils d'activité de l'entreprise à Saint-Pierre-et-Miquelon pendant l'année au cours de laquelle a eu lieu cette création ou implantation. Dans l'attente de la détermination de l'effectif de cette année, l'entreprise applique l'exonération les mois civils au cours desquels son effectif ne dépasse pas, selon le cas, dix ou cinquante salariés.

Si l'effectif ainsi déterminé est inférieur, selon le cas, à onze ou cinquante et un salariés, l'entreprise procède à une régularisation de cotisations au plus tard le 31 mars de l'année suivante, l'exonération étant applicable, au titre de cette première année d'activité, aux rémunérations versées, selon le cas, à au plus dix ou cinquante salariés.

Dans le cas général, si l'effectif ainsi déterminé est de plus de dix salariés, l'exonération n'est pas applicable, l'entreprise n'étant pas éligible à l'exonération. Si l'effectif de l'entreprise du secteur du bâtiment et des travaux publics est de plus de cinquante salariés, le taux de l'exonération est réduit de 50 %.

Article R752-20-1

Pour l'application des seuils prévus au 1° du II, au deuxième alinéa du III et au 1° du IV de l'article L. 752-3-2, l'effectif des salariés, calculé au 31 décembre, est égal à la moyenne des effectifs déterminés chaque mois de l'année civile.

Pour la détermination des effectifs du mois, il est tenu compte des salariés titulaires d'un contrat de travail le dernier jour de chaque mois, y compris les salariés absents, conformément aux dispositions des articles L. 1111-2, L. 1111-3 et L. 1251-54 du code du travail.

Pour une entreprise créée en cours d'année, l'effectif est apprécié à la date de sa création. Au titre de l'année suivante, l'effectif de cette entreprise est apprécié dans les conditions définies aux deux alinéas précédents, en fonction de la moyenne des effectifs de chacun des mois d'existence de la première année.

Pour la détermination de la moyenne mentionnée aux alinéas 1 et 3, les mois au cours desquels aucun salarié n'est employé ne sont pas pris en compte.

En cas de baisse de son effectif, l'entreprise peut obtenir l'application de l'exonération pour l'année en cours dans les conditions fixées par les dispositions prises en application du 1° du I de l'article L. 752-3-1 du code de la sécurité sociale.

Si l'effectif est de onze salariés ou plus, l'exonération prévue au deuxième alinéa du III de l'article L. 752-3-2 n'est pas applicable, l'entreprise n'étant pas éligible à l'exonération.

Article R752-21

Pour l'application du IV de l'article L. 752-3-1 et du deuxième alinéa du V de l'article L. 752-3-2, le droit à l'exonération est apprécié au titre de chaque salarié, indépendamment de l'autre ou des autres activités exercées par l'entreprise ou l'établissement. En ce cas, est prise en compte l'activité exercée par le salarié pour plus de la moitié de son horaire de travail. L'employeur doit être en mesure de produire, auprès de l'organisme chargé du recouvrement, tout document justifiant l'activité exercée par le ou les salariés ouvrant droit à l'exonération au titre des 2° et 3° du I, du II et du III de l'article L. 752-3-1 et à l'exonération au titre du I de l'article L. 752-3-2.

Article R752-22

Pour bénéficier des exonérations prévues aux articles L. 752-3-1 et L. 752-3-2, l'employeur adresse à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations une déclaration, datée et signée, pour l'entreprise ou, si elle comporte plusieurs établissements, pour chacun de ceux-ci.

Cette déclaration comporte les renseignements et est accompagnée des documents dont la liste est établie par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'outre-mer. Elle est transmise à l'organisme, selon des modalités fixées par ledit arrêté, au plus tard lors de la première échéance de cotisations à laquelle l'exonération est applicable.

L'employeur est tenu de déclarer sans délai à l'organisme de recouvrement des cotisations tout changement de situation entraînant une modification de son droit à l'exonération.

Section 6 : Dispositions diverses

Article R752-24

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les décisions des conseils d'administration des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales concernant l'action sanitaire sont communiquées au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales territorialement compétent aux fins d'observations éventuelles.

Le délai mentionné à l'article R. 151-1 est porté à quinze jours à l'égard de ces décisions.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 3 : Assurances sociales.

Article R753-1

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 753-1 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des départements d'outre-mer.

Article R753-2

Sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, aux bénéficiaires du présent titre, et sous les réserves ci-après, les dispositions des articles R. 160-4, R. 160-22, R. 160-23, R. 312-4 à R. 312-6, R. 312-8 à R. 312-11, R. 313-10, R. 313-11, R. 313-14, R. 314-1 à R. 314-3, R. 321-1 à R. 321-3, R. 321-5, , R. 322-10 à R. 322-11-5, R. 323-1, R. 323-4, R. 323-9 à R. 323-12, , R. 331-1 à R. 331-5 (1er alinéa), R. 331-6, , R. 341-3 , R. 341-6, , R. 341-7 à R. 341-13, R. 341-14 (2ème alinéa), R. 341-15, R. 341-16, R. 341-18 à R. 341-22 (1er alinéa), R. 341-24, R. 342-3 à R. 342-6, R. 351-1 à R. 351-7, R. 351-9, R. 351-11, R. 351-21 à R. 351-27, R. 351-30, R. 351-34, R. 351-38, R. 352-1, R. 352-2, R. 353-1, R. 353-3 à R. 353-8, R. 354-1, R. 355-1 à R. 355-3, R. 355-6, , R. 361-3, R. 361-4, , R. 362-1, R. 371-3, R. 371-6, , R. 371-8 à R. 371-11, , R. 372-1, R. 376-1, R. 742-1 à R. 742-8 et R. 742-30 à R. 742-39.

Article R753-3

Les dispositions du chapitre 5 du titre Ier du livre III sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Section 1 : Assurance maladie, maternité, invalidité, décès

Sous-section 1 : Ouverture des droits - Maintien des droits.

Article R753-4

Les conditions d'ouverture du droit des assurés sociaux des professions agricoles et non-agricoles aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont appréciés en ce qui concerne :

1° (abrogé)

2° Les prestations en espèces de l'assurance maladie, au jour de l'interruption de travail ;

3° Les prestations en espèces de l'assurance maternité, au début du neuvième mois avant la date présumée de l'accouchement ou à la date du début du repos prénatal ;

4° Les prestations de l'assurance décès, à la date du décès.

Article R753-5

Pour ouvrir droit aux indemnités journalières de l'assurance maladie pendant les six premiers mois d'interruption de travail, et aux indemnités journalières de l'assurance maternité, l'assuré social doit justifier à la date à laquelle est survenu le fait ouvrant droit aux prestations :

a) Soit avoir occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins 30 jours au cours des six mois ou à défaut au moins 130 jours au cours des douze mois précédents ;

b) Soit que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les six mois civils précédents est au moins égal à 1 040 fois la valeur horaire du SMIC au premier jour des six mois civils qui précèdent immédiatement le début de cette période.

Il doit en outre, justifier, pour avoir droit aux indemnités journalières de l'assurance maternité, de dix mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement.

Lorsque l'arrêt de travail se prolonge sans interruption au-delà du sixième mois, l'assuré social, pour avoir droit aux indemnités journalières après le sixième mois d'incapacité de travail, doit avoir été immatriculé depuis douze mois au moins au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail. Il doit justifier en outre qu'il a exercé une activité salariée ou assimilée pendant 800 heures au moins au cours des douze mois précédents.

Ces conditions d'activité sont réputées remplies si l'assuré justifie que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les douze mois civils précédant l'interruption de travail est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 2 080 fois la valeur horaire du SMIC au 1er janvier qui précède immédiatement le début de cette période.

Article R753-5-1

Pour avoir droit à l'indemnité journalière de repos prévue à l'article L. 331-7, l'assuré doit justifier qu'il a occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins 30 jours au cours des six mois ou à défaut 130 jours au cours des douze mois précédant la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

Ces conditions d'activité sont réputées remplies si l'assuré justifie que le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant les six mois civils précédant la date d'arrivée de l'enfant au foyer est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 1 040 fois la valeur horaire du SMIC au premier jour des six mois civils qui précèdent immédiatement le début de cette période.

Il doit, en outre, justifier de dix mois d'immatriculation à la date d'arrivée de l'enfant à son foyer.

Pour permettre le service de l'indemnité journalière de repos, il est remis à l'intéressé, par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales ou par l'oeuvre d'adoption autorisée une attestation justifiant qu'un enfant lui est confié en vue de son adoption ainsi que la date d'arrivée de l'enfant au foyer.

Article R753-6

Pour invoquer le bénéfice de l'assurance invalidité, l'assuré social doit avoir été immatriculé depuis douze mois au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation de l'état d'invalidité, résultant de l'usure prématurée de l'organisme. Il doit justifier, en outre, qu'il a exercé une activité salariée ou assimilée pendant 800 heures au moins au cours des douze mois précédents.

Article R753-7

Pour ouvrir droit à l'assurance décès, l'assuré social doit justifier à la date du décès d'une des conditions suivantes :

1° Soit il a occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins trente jours au cours des six mois ou à défaut pendant au moins cent trente jours au cours des douze mois précédant la date à laquelle est survenu le décès ;

2° Soit le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, assises sur les rémunérations qu'il a perçues pendant six mois civils est au moins égal au montant des mêmes cotisations dues pour un salaire égal à 1 040 fois la valeur horaire du SMIC (salaire minimum de croissance) en vigueur au premier jour du semestre civil qui précède immédiatement le début de la période de six mois.

Article R753-7-1

Pour l'ouverture du droit aux prestations prévues par les articles R. 753-4 à R. 753-7 et sans préjudice de l'application de l'article L. 311-5, est considérée comme équivalant à six heures de travail salarié ou à six fois la valeur horaire du SMIC au 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence :

1° Chaque journée indemnisée au titre de la maladie, de la maternité ou de l'invalidité ;

2° Chaque journée d'interruption de travail due à la maladie au titre de laquelle l'assuré n'a pas perçu l'indemnité journalière de l'assurance maladie soit parce qu'elle est comprise dans les trois premiers jours de l'incapacité de travail, à condition que l'arrêt de travail ait donné lieu par la suite à l'attribution d'indemnités journalières, soit parce que l'assuré a épuisé ses droits à l'indemnisation tels qu'ils sont fixés par les articles L. 323-1 et R. 323-1 à condition que l'incapacité physique de reprendre ou de continuer le travail soit reconnue par le médecin-conseil ;

3° Chaque journée d'incapacité temporaire donnant lieu au versement des indemnités journalières au titre de la législation sur les accidents du travail ainsi que chaque journée pendant laquelle l'assuré a perçu, au titre de la même législation, une rente ou allocation correspondant à une incapacité permanente d'au moins 66 2/3 % ;

4° Chaque journée de stage effectuée dans un établissement de rééducation mentionné à l'article R. 481-1 par le titulaire d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail, quel que soit le taux de l'incapacité à laquelle cette rente correspond ;

5° Chaque journée pendant laquelle l'assuré fait l'objet d'une détention préventive.

Article R753-7-2

Pour l'ouverture du droit aux prestations prévues aux articles R. 753-4 à R. 753-7 est considérée comme équivalant à huit heures de travail salarié ou huit fois la valeur horaire du SMIC au 1er janvier qui précède immédiatement la période de référence, chaque journée de congé formation pour laquelle le bénéficiaire n'a reçu aucune rémunération de son employeur, le nombre de journées décomptées ne pouvant être supérieur à cinq pour une semaine de stage.

Article R753-7-3

Les prestations en espèces de l'assurance maladie et de l'assurance maternité ne peuvent être cumulées avec les revenus de remplacement ou allocations mentionnées à l'article L. 311-5.

Article R753-8

La détermination du droit aux prestations en application des dispositions des articles R. 753-4 à R. 753-5-1 et R. 753-6 est effectuée au vu de l'attestation prévue à l'article R. 323-10.

Article R753-9

Pour les assurés dont les conditions habituelles de travail ne permettent pas la production de pièces précisant la durée du travail, un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture fixe, pour l'application du présent titre, l'équivalence en heures de travail des cotisations versées.

Sous-section 2 : Soins.

Article R753-11

Il peut être dérogé, dans les conditions prévues à l'article L. 753-3, aux tarifs pris en application de l'article R. 314-1.

Article R753-13

Le décret prévu à l'article L. 753-2 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé.

Article R753-14

Pour l'application de l'article L. 753-3 l'arrêté interministériel prévu audit article est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et le ministre chargé de la santé sur proposition du préfet du département intéressé.

Sous-section 3 : Prestations en espèces de l'assurance maladie et de l'assurance maternité.

Article R753-16

A titre transitoire, et jusqu'à une date qui sera fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'agriculture, sous peine d'encourir la suppression des indemnités journalières, l'assurée, ou l'ayant droit mentionné au 2° de l'article L. 161-1, doivent se soumettre aux examens pré et postnataux dans les conditions précisées aux deuxième et troisième alinéas du présent article.

Dès réception du certificat de constatation médicale de la grossesse, la caisse invite l'intéressée à subir un examen obstétrical dans le délai de deux mois.

Le médecin conseil de la caisse peut, au vu dudit certificat, examiner ou faire examiner l'intéressée par un médecin auquel il fera appel dans les conditions prévues par les dispositions relatives au contrôle médical. L'assurée devra également faire parvenir à la caisse intéressée, dans les six semaines suivant l'accouchement, un certificat d'accouchement signé par le médecin ou la sage-femme qui l'a pratiqué, ainsi qu'un certificat attestant qu'un examen postnatal a eu lieu dans les quatre semaines suivant l'accouchement.

Article R753-17

Sont applicables à la femme assurée à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou une oeuvre d'adoption autorisée confie un enfant en vue de son adoption la première phrase du premier alinéa de l'article R. 331-5 ainsi que le troisième alinéa de l'article R. 331-.

Sous-section 4 : Caisse compétente.

Article R753-18

Pour les personnes qui ont leur résidence habituelle dans un département mentionné à l'article L. 751-1, les prestations servies au titre de soins dispensés en France métropolitaine peuvent être versées par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu des soins.

Sous-section 6 : Détenus.

Article R753-20

Pour l'application dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les attributions dévolues par l'article R. 381-97 à la caisse primaire d'assurance maladie sont exercées par la caisse générale de sécurité sociale.

Section 2 : Assurance vieillesse

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article R753-21

Les cotisations versées au titre de la législation sur les assurances sociales dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 depuis le 1er janvier 1948 sont prises en compte pour la détermination des droits à l'assurance vieillesse dans les conditions suivantes :

1°) pour l'année 1948, il y a lieu de retenir, dans la limite de quatre trimestres, autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois 1.800 F métropolitains dans les départements de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Guyane, ou 900 F. C.F.A. dans le département de la Réunion ;

2°) depuis le 1er janvier 1949, il y a lieu de retenir autant de trimestres que le salaire annuel correspondant aux retenues subies par l'assuré sur sa rémunération représente de fois le montant trimestriel de l'allocation aux vieux travailleurs salariés au 1er janvier de l'année considérée, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 avec un maximum de quatre trimestres par année civile.

Article R753-22

Les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié des prestations maladie, maternité, invalidité, accident du travail et les périodes pendant lesquelles l'assuré a été présent sous les drapeaux pour son service militaire légal, par suite de mobilisation ou comme volontaire en temps de guerre sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension dans les conditions suivantes.

Sont comptés comme période d'assurance pour l'ouverture du droit à pension :

1°) le trimestre civil au cours duquel l'assuré a bénéficié, au titre de l'article L. 321-1, du soixantième jour d'indemnisation, un trimestre étant également décompté pour chaque nouvelle période d'indemnisation de soixante jours ;

2°) le trimestre civil au cours duquel est survenu l'accouchement ;

3°) chaque trimestre civil comportant une échéance du paiement des arrérages de la pension d'invalidité ;

4°) pour les bénéficiaires de la législation sur les accidents du travail, les dispositions du 1° ou du 3° du présent alinéa sont applicables selon que l'assuré a perçu des indemnités journalières au titre de l'incapacité temporaire ou une rente pour une incapacité permanente au moins égale à 66 % ;

5°) les périodes pendant lesquelles l'assuré, postérieurement à son immatriculation au régime des assurances sociales, a été présent sous les drapeaux pour son service militaire légal, par suite de mobilisation ou comme

volontaire en temps de guerre ; ces périodes sont retenues de date à date, le nombre de trimestres valables correspondant étant éventuellement arrondi au chiffre immédiatement supérieur.

Article R753-23

L'application des dispositions de l'article R. 753-22 ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valables au titre d'une même année civile.

Article R753-24

Pour l'application des premier, deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 351-1 et sous réserve des dispositions de l'article R. 753-24-1, le salaire servant de base au calcul de la pension est le salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des vingt-cinq années civiles d'assurance accomplies postérieurement au 31 décembre 1947 dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré.

Les salaires exonérés de cotisations entre le 1er avril et le 31 décembre 1987 en application de l'article L. 241-10 entrent en compte, s'il y a lieu, dans la détermination du salaire servant de base au calcul de la pension.

Pour les salaires perçus postérieurement au 31 janvier 1991, le salaire servant de base au calcul de la pension est celui correspondant aux cotisations versées dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3.

Article R753-24-1

I. - La durée de vingt-cinq années fixée au premier alinéa de l'article R. 753-24 est applicable aux assurés nés après 1947, quelle que soit la date d'effet de leur pension.

II. - Le nombre d'années mentionné au premier alinéa de l'article R. 753-24 est de :

Dix années pour l'assuré né avant le 1er janvier 1934 ;

Onze années pour l'assuré né en 1934 ;

Douze années pour l'assuré né en 1935 ;

Treize années pour l'assuré né en 1936 ;

Quatorze années pour l'assuré né en 1937 ;

Quinze années pour l'assuré né en 1938 ;

Seize années pour l'assuré né en 1939 ;

Dix-sept années pour l'assuré né en 1940 ;

Dix-huit années pour l'assuré né en 1941 ;

Dix-neuf années pour l'assuré né en 1942 ;

Vingt années pour l'assuré né en 1943 ;

Vingt et une années pour l'assuré né en 1944 ;

Vingt-deux années pour l'assuré né en 1945 ;

Vingt-trois années pour l'assuré né en 1946 ;

Vingt-quatre années pour l'assuré né en 1947.

Sous-section 3 : Détenus.

Article R753-25

Les articles R. 381-103 à R. 381-120 sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1. Les attributions dévolues par l'article R. 381-103 à la caisse primaire d'assurance maladie sont exercées par la caisse générale de sécurité sociale.

Section 3 : Dispositions diverses

Sous-section 1 : Invalides de guerre.

Article R753-26

L'affiliation des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 753-8 à la caisse générale de sécurité sociale du département est opérée soit sur leur demande, soit à la diligence de l'office départemental des anciens combattants dans la circonscription de laquelle se trouve cette résidence.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 4 : Accidents du travail

Section 1 : Accidents survenus et maladies professionnelles constatées depuis le 1er janvier 1952.

Article R754-1

Il est institué au sein du conseil d'administration de chaque caisse générale de sécurité sociale un comité composé de quatre membres, dont deux membres choisis parmi les représentants des salariés et deux membres choisis parmi les autres catégories d'administrateurs, dont un employeur au moins.

Le comité donne son avis en cas de contestation portant sur le caractère professionnel de l'accident. Le conseil d'administration peut lui déléguer tout ou partie de ses pouvoirs pour statuer à ce sujet.

Article R754-3

Le remboursement des avances mentionnées à l'article R. 422-7 est effectué par annuités.

Article R754-4

Dans le cas où les conditions locales de communication ou de transmission ne permettraient pas de respecter les délais fixés par l'article R. 442-14, il pourra y être dérogé dans les limites qui seront fixées pour chaque département ou circonscription locale par arrêté interministériel.

Les arrêtés mentionnés à l'article L. 754-1 et au premier alinéa du présent article sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture.

Section 2 : Accidents survenus et maladies professionnelles constatées avant le 1er janvier 1952.

Article R754-5

Dans chacun des départements mentionnés à l'article L. 751-1, les prestations allouées en application des articles L. 413-2, L. 413-3 ou L. 413-5, en raison d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées dans les professions agricoles et non-agricoles avant le 1er janvier 1952 sont supportées par la section locale du fonds commun mentionné à l'article L. 437-1.

Il est fait application des dispositions des articles R. 413-6 à R. 413-14. Toutefois, l'administration de l'enregistrement est substituée à la Caisse des dépôts et consignations pour ce qui concerne la réception et l'instruction de la demande et la liquidation de l'allocation et de la majoration. Le directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques est, d'autre part, chargé du paiement des dites allocations et majorations ainsi que du règlement des frais d'appareillage et des frais de procédure.

Section 3 : Dispositions communes.

Article R754-6

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les frais de procédure, notamment ceux afférents aux mesures d'instruction, relatifs à l'indemnisation de certaines victimes d'accidents du travail survenus ou de maladies professionnelles constatées avant l'entrée en vigueur de dispositions nouvelles concernant ces accidents ou maladies sont supportés dans les conditions prévues à l'article R. 413-15.

Article R754-7

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, la comptabilité des allocations et majorations à la charge des fonds communs des accidents du travail agricole et non-agricole, en vertu des articles L. 413-2 et suivants, ainsi que les frais de procédure et de gestion y afférents est tenue dans les conditions prévues à l'article R. 413-19.

Section 4 : Dispositions concernant certaines catégories

Article R754-8

Pour les personnes agréées dans les départements d'outre-mer et dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, en application de l'article R. 811-1 du code du travail en vue d'exercer l'activité de parrainage prévue par l'article L. 811-2 dudit code, l'obligation de déclaration de l'accident du travail survenu dans l'exercice de leur mission incombe à l'entreprise qui accueille le jeune ou l'apprenti. Les obligations de l'employeur relatives à l'affiliation des parrains et au paiement des cotisations incombent au préfet.

Les accidents garantis sont ceux qui surviennent au cours de l'action de parrainage ou sur le trajet d'aller et retour entre le domicile de ces personnes et le lieu de déroulement de l'action.

Article R754-9

La cotisation représentative des risques accident du travail et maladie professionnelle auxquels sont exposés les parrains dans l'exercice de leur mission est prise en charge par l'Etat sur une base forfaitaire dans les conditions précisées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'outre-mer et du budget.

La rente servie aux intéressés est déterminée par référence au salaire annuel mentionné à l'article L. 434-16 du présent code.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Section 1 : Généralités.

Article R755-0-1

Les dispositions du présent chapitre relatives aux personnes vivant en concubinage s'appliquent aux partenaires d'un pacte civil de solidarité.

Article R755-0-2

Le plafond de rémunération des enfants à charge mentionnés à l'article L. 512-3 est égal, pour un mois, à 55 % du salaire minimum de croissance en vigueur dans chacun des départements mentionnés à l'article L. 751-1, multiplié par 169.

Article R755-0-3

Les dispositions des articles R. 513-1 et R. 513-2 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article R. 513-2, la référence à l'article L. 552-6 est remplacée par la référence à l'article L. 755-4.

Les dispositions du présent article sont applicables aux personnels mentionnés à l'article L. 755-10.

Section 3 : Complément familial.

Article R755-1

Sous réserve de l'article R. 755-2, le complément familial institué à l'article L. 755-16 est attribué aux ménages ou personnes qui remplissent les conditions générales d'ouverture du droit aux prestations familiales applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 et qui assument la charge d'un ou de plusieurs enfants tous âgés de plus de trois ans, à la condition qu'au moins l'un d'entre eux ait moins de cinq ans.

Article R755-2

Les ménages ou personnes qui satisfont aux conditions définies à l'article R. 755-1 ne peuvent prétendre au complément familial que si le montant des ressources dont ils ont disposé durant l'année civile précédant le début de la période au cours de laquelle le droit au complément familial est ouvert ou maintenu ou le montant des ressources appréciées dans les conditions prévues à l'article R. 532-8 ne dépasse pas le plafond annuel prévu au deuxième alinéa de l'article L. 755-16.

Article R755-3

Le droit au complément familial est examiné au regard de la condition de ressources définie à l'article R. 755-2 pour chaque période de douze mois débutant le 1er janvier en fonction de la situation de famille à cette date.

Toutefois, en cas de modification de la situation de famille en cours de période de paiement, le droit à l'allocation est examiné au premier jour du mois civil au cours duquel est intervenue la modification s'il y a diminution du nombre des enfants à charge, au premier jour du mois civil suivant si ce nombre a augmenté.

Article R755-4

Pour l'attribution du montant majoré du complément familial prévu à l'article L. 755-16-1, le montant des ressources du ménage ou de la personne assumant la charge des enfants, apprécié dans les conditions prévues à l'article R. 755-2, ne doit pas dépasser un plafond égal à la moitié du montant du plafond annuel mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 755-16.

Ce plafond est majoré selon des modalités identiques à celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 543-5.

Le montant de ce plafond de ressources résultant du premier alinéa est fixé par décret et revalorisé au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et de l'outre-mer.

Section 9 : Allocation de rentrée scolaire.

Article R755-14

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les articles R. 543-1 à R. 543-7 sont applicables.

Article R755-14-1

La somme des allocations de rentrée scolaire versées dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 n'entre pas en compte pour la détermination des ressources du fonds d'action sanitaire et social spécialisé des caisses d'allocations familiales desdits départements.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 6 : Régime social des indépendants

Section 1 : Organisation administrative.

Article R756-1

Il est créé en vue de l'application du titre Ier du livre VI une caisse de base compétente pour les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique et une caisse de base compétente pour le département de la Réunion.

Article R756-2

Les conseils d'administration des caisses de base créées par l'article R. 756-1 comprennent vingt-quatre administrateurs.

La composition des conseils d'administration et la répartition des sièges entre les administrateurs des trois groupes professionnels des artisans, industriels et commerçants et professions libérales sont fixées dans les conditions prévues aux articles L. 611-12, R. 611-24, R. 611-25, R. 611-33 et R. 611-34, à l'exception du dernier alinéa.

Sous réserve des dispositions du présent article, les caisses de base mentionnées à l'article R. 756-1 sont régies par les dispositions de la section 3 du chapitre 1er du titre Ier du livre VI.

Article R756-3

Les décrets pris pour l'application du titre Ier du livre VI sont applicables dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 7 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés

Section 1 : Allocations aux personnes âgées

Sous-section 3 : Allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité.

Article R757-1

Les prestations familiales, la retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques, les majorations accordées aux personnes dont l'état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne, la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, l'allocation de compensation prévue à l'article 171 (1) du code de la famille et de l'aide sociale et l'allocation compensatrice des augmentations de loyer prévue à l'article 161 (1) dudit code n'entrent pas en compte pour l'attribution de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L815-2 ou à l'article L815-3 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 757-2 du présent code.

L'allocation supplémentaire est accordée par le préfet au vu de la décision de la commission d'admission à l'aide sociale.

Pour l'application des dispositions du chapitre III du titre III du code de la famille et de l'aide sociale, le préfet se substitue à la commission d'admission à l'aide sociale.

Section 2 : Allocation aux adultes handicapés.

Article R757-3

Pour l'application des dispositions du titre II du livre VIII dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les attributions dévolues dans ce titre aux caisses de mutualité agricole sont exercées par les caisses d'allocations familiales.

Section 3 : Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants

Article R757-4

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les articles R. 841-1 et R. 843-1 sont applicables.

Article R757-5

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les articles R. 842-1, R. 842-2 et R. 842-6 sont applicables.

Section 4 : Prime d'activité

Article R757-6

Pour son application dans les départements d'outre-mer, l'article R. 844-4 est ainsi modifié :

1° La référence à l'article L. 522-3 est remplacée par la référence à l'article L. 755-16-1 ;

2° Les mots : " à 41,65 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales déterminées en application de l'article L. 551-1 " sont remplacés par les mots : " à 23,79 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales prévue à l'article L. 755-3 ".

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 1er : Travailleurs salariés détachés à l'étranger

Section 1 : Dispositions générales.

Article R761-1

Les travailleurs qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur pour y exercer une activité salariée ou assimilée rémunérée par cet employeur et qui ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale en vertu de conventions ou de règlements internationaux peuvent être admis au bénéfice de l'article L. 761-2 pour une durée maximale de trois ans, renouvelable une fois.

Les travailleurs détachés qui sont soumis à la législation française de sécurité sociale en vertu de conventions ou de règlements internationaux pendant une durée inférieure à la durée maximale prévue ci-dessus peuvent être admis au bénéfice de l'article L. 761-2 pour la période restant à couvrir jusqu'au terme de cette durée maximale.

Ces dispositions s'appliquent à l'occasion de tout nouveau détachement du même travailleur.

Toutefois, le travailleur auquel il a été fait application de l'article L. 761-2, pendant la durée maximale fixée ci-dessus, et qui est détaché à nouveau par le même employeur auprès de la même entreprise ne peut être à nouveau soumis à la législation française de sécurité sociale en application de cette disposition législative qu'à la condition qu'il se soit écoulé au moins deux ans depuis la fin du précédent détachement. Cette condition n'est pas applicable dans le cas du détachement d'une durée inférieure à trois mois.

Article R761-2

La demande formée au titre de l'article L. 761-1 ou de l'article L. 761-2 est adressée à la caisse d'affiliation du salarié.

Pour les salariés mentionnés à l'article L. 761-2, cette demande doit être accompagnée de l'engagement de l'employeur de s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues.

En cas d'urgence, l'employeur avise la caisse du détachement. Le maintien du travailleur au bénéfice de la législation française de sécurité sociale est alors prononcé à titre provisoire, sous réserve de régularisation de la demande. Cette régularisation doit intervenir dans les trois mois.

Pour les détachements d'une durée inférieure à trois mois, la décision de la caisse est prise au vu d'un simple avis qui lui est adressé par l'employeur, accompagné, le cas échéant, de l'engagement de s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues.

Lorsque sont remplies les conditions requises pour que le travailleur bénéficie des dispositions de l'article L. 761-1 ou de l'article L. 761-2, la caisse délivre à l'intéressé soit le document prévu par la convention ou le règlement international applicable, soit une attestation dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R761-3

En cas d'accident du travail survenant au cours du détachement à l'étranger et sauf exception prévue par les conventions et règlements internationaux, il est fait application des dispositions du chapitre 4 du titre IV du livre IV.

Article R761-4

Pour les soins donnés à l'étranger, les prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité sont servies dans les conditions fixées à la section 4 du chapitre 2 du présent titre.

Article R761-5

Dans tous les autres cas, les prestations d'assurances sociales sont servies aux travailleurs détachés dans les mêmes conditions que s'ils résidaient en France.

Article R761-6

Sous réserve des dispositions des conventions et règlements internationaux, seuls les enfants qui résident en France ouvrent au travailleur détaché droit aux prestations familiales prévues par le livre V du présent code.

En cas de dispersion des enfants, les allocations familiales sont calculées par la caisse d'allocations familiales comme si tous les enfants résidaient en France et versées au prorata du nombre des enfants qui résident effectivement en France ou sont réputés y résider.

Section 3 : Travailleurs assujettis à un régime spécial de sécurité sociale

Sous-section 1 : Fonctionnaires de l'Etat et magistrats de l'ordre judiciaire.

Article R761-7

Les dispositions prises en application du chapitre 2 du titre Ier du présent livre sont applicables, sous réserve des dispositions ci-après, aux fonctionnaires de l'Etat et aux magistrats de l'ordre judiciaire en service ou en mission à l'étranger lorsqu'ils sont rémunérés sur le budget général de l'Etat ou sur le budget d'un établissement public de l'Etat ne présentant pas un caractère industriel ou commercial.

Ces dispositions sont également applicables aux fonctionnaires de l'Etat et aux magistrats de l'ordre judiciaire détachés ou en mission à l'étranger pour l'accomplissement d'une tâche de coopération culturelle, scientifique et technique.

Article R761-8

Les personnels mentionnés à l'article R. 761-7 bénéficient des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité pendant toute la durée de l'exercice de leurs fonctions à l'étranger, dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général détachés à l'étranger.

Leurs ayants droit peuvent également prétendre aux prestations en nature des assurances maladie et maternité alors même qu'ils résident ou séjournent sur le territoire du ou des Etats où les personnels mentionnés à l'article R. 761-7 exercent leurs fonctions. Dans ce cas, les prestations leur sont servies dans les mêmes conditions et selon les mêmes tarifs de remboursement que pour ces personnels.

Article R761-9

Les fonctionnaires et magistrats mentionnés à l'article R. 761-7 demeurent affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent avant leur départ en service ou en mission à l'étranger.

Article R761-10

Le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité est confié aux sections constituées par les mutuelles des fonctionnaires ou magistrats auprès des administrations dont relèvent les

personnels mentionnés à l'article R. 761-7 et qui ont déjà compétence à cet effet à l'égard des fonctionnaires ou magistrats desdites administrations exerçant leurs fonctions sur le territoire métropolitain.

Article R761-11

Le taux et l'assiette de la cotisation des assurances sociales afférente à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies en application de la présente sous-section sont identiques à ceux qui sont applicables pour les fonctionnaires ou magistrats en activité sur le territoire métropolitain.

Sous-section 2 : Militaires affiliés au régime militaire de sécurité sociale.

Article R761-12

Les dispositions prises en application du chapitre 3 du titre Ier du présent livre sont applicables, sous réserve des dispositions ci-après, aux militaires affiliés au régime militaire de sécurité sociale en service ou en mission à l'étranger lorsqu'ils sont rémunérés sur le budget général de l'Etat ou sur le budget d'un établissement public de l'Etat ne présentant pas un caractère industriel ou commercial.

Article R761-13

Les militaires mentionnés à l'article R. 761-12 bénéficient des prestations en nature des assurances maladie, maternité pendant toute la durée de l'exercice de leurs fonctions à l'étranger, dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général détachés à l'étranger.

Leurs ayants droit peuvent également prétendre aux prestations en nature des assurances maladie et maternité alors même qu'ils résident ou séjournent sur le territoire du ou des Etats où les militaires mentionnés à l'article R. 761-12 exercent leurs fonctions. Les prestations leur sont servies dans les mêmes conditions et selon les mêmes tarifs de remboursement que pour les militaires.

Article R761-14

La situation des militaires mentionnés à l'article R. 761-12 affectés à l'étranger est signalée par les soins de l'administration ou de l'établissement dont ils relèvent à la caisse nationale militaire de sécurité sociale chargée du service des prestations en nature.

Article R761-15

Le taux et l'assiette de la cotisation des assurances sociales afférente à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies en application de la présente sous-section sont identiques à ceux qui sont applicables pour les militaires servant sur le territoire métropolitain.

Section 5 : Prestations.

Article R761-16

La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues à l'article R. 761-18 est fixée ainsi qu'il suit :

1° 30 % pour les frais d'honoraires des praticiens et 40 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux ;

2° 35 % pour tous les autres frais prévus au 1° de l'article L. 160-8, à l'exception des frais d'hospitalisation.

Pour les frais d'hospitalisation, la participation de l'assuré est fixée dans les conditions prévues à l'article L. 160-13.

Article R761-17

La participation de l'assuré est limitée ou supprimée, dans les conditions fixées par les textes réglementaires pris pour l'application de l'article L. 160-14 :

1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste prévue au 3° de l'article L. 160-14 ;

4° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou un adolescent handicapé, pour les frais mentionnés au 2° de l'article L. 160-8.

La participation de l'assuré peut être supprimée, sur avis conforme du contrôle médical, lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée au 3° ci-dessus mais comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Sont enfin exonérées de toute participation, dans les cas et conditions prévus par ces dispositions, les personnes mentionnées à l'article L. 371-6 et à l'article R. 160-10.

Article R761-18

Pour les soins dispensés à l'étranger, les tarifs servant de base au calcul des prestations dues aux travailleurs détachés au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité instituées par la présente section sont déterminés dans les conditions suivantes :

1° Pour les actes des praticiens et auxiliaires médicaux et pour les examens de biologie médicale, les remboursements sont effectués sur la base des frais réels, dans la limite des tarifs déterminés par les conventions nationales prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier ; en l'absence de telles conventions, les remboursements s'effectuent dans la limite de tarifs fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

2° Pour les médicaments, les frais sont calculés sur la base des prix facturés aux assurés sans pouvoir excéder le coût du traitement si celui-ci avait eu lieu en France ;

3° Pour les produits de santé autres que les médicaments et pour les frais d'appareillage, les remboursements sont effectués sur la base des frais réels dans la limite des tarifs de responsabilité prévus aux articles L. 165-1 et L. 314-1 ;

4° Pour les frais d'hospitalisation et de soins dans les établissements de cure, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, le remboursement s'effectue sur la base des frais réels dans la limite des tarifs fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

5° Pour les frais de transports sanitaires exposés par les assurés dans le pays où les soins sont donnés, le remboursement s'effectue sur la base des frais réels dans la limite de forfaits déterminés par arrêté conjoint des mêmes ministres, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article R761-19

La part garantie ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré ou par ses ayants droit.

Le montant total des prestations en nature versées à l'occasion d'un traitement médical ne peut excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si l'intéressé avait reçu les soins en France.

Les prestations sont versées directement à l'assuré.

Article R761-20

Le dossier de remboursement adressé à la caisse compétente par l'assuré détaché doit comprendre toutes les justifications des dépenses exposées, et notamment :

1° Le montant des honoraires perçus par le praticien ;

2° Les factures de pharmacie, d'examens de biologie médicale, de fournitures autres que les médicaments, d'appareillage ou de transport sanitaire ;

3° Le montant des frais d'hospitalisation ou des frais de séjour dans un établissement de soins, de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle.

La demande de remboursement devra être constituée à l'aide de feuilles de maladie spéciales dont le modèle est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

La caisse peut, toutes les fois que cela est nécessaire à l'exercice de son droit de contrôle, inviter l'intéressé à faire viser les justifications par les autorités consulaires françaises.

Toutes les dépenses exposées à l'étranger doivent être justifiées par des factures ou notes acquittées, ou portant la mention d'un paiement par chèque, traduites en français ou dans l'une des langues étrangères prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 2 : Travailleurs salariés expatriés

Section 1 : Généralités.

Article R762-1

Les travailleurs expatriés qui adhèrent à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou à l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles instituées par l'article L. 762-1 sont affiliés à la caisse des Français de l'étranger.

Article R762-2

Les opérations relatives d'une part, à l'assurance volontaire " maladie-maternité-invalidité " des travailleurs salariés expatriés, d'autre part à l'assurance volontaire " accidents du travail " des mêmes personnes sont retracées dans des comptes distincts.

Section 2 : Assurances maladie, maternité, invalidité

Sous-section 1 : Adhésion - Immatriculation.

Article R762-3

Les travailleurs expatriés qui désirent bénéficier de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité adressent à la caisse des Français de l'étranger une demande d'adhésion conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par le même arrêté.

L'immatriculation est opérée, le cas échéant, à la diligence de la caisse.

L'adhésion prend effet du premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande. Toutefois, l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure à celle où débute l'activité salariée du travailleur à l'étranger.

Les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité sont tenus d'informer la caisse des Français de l'étranger de toute modification dans leur situation, et notamment de toute interruption de leur activité salariée ou de tout changement de pays ou d'employeur.

Article R762-6

Sans préjudice de l'application de l'article R. 766-3, la personne qui a été radiée du régime d'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité alors qu'elle continuait à remplir les conditions exigées pour bénéficier dudit régime, et qui, sans avoir changé de pays de résidence, présente une nouvelle demande d'adhésion doit s'acquitter des cotisations qu'elle aurait versées si elle n'avait pas été radiée.

Sous-section 2 : Cotisations.

Article R762-7

La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion et fait l'objet de paiements trimestriels.

La cotisation trimestrielle est exigible le premier jour du trimestre civil auquel elle se rapporte et payable dans le mois qui suit, en euros, à la caisse des Français de l'étranger.

Sous-section 3 : Bénéficiaires et ouverture des droits

Article R762-8

Les autres assurés ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité pour les soins donnés :

1°) à compter de la date d'effet de leur adhésion, si la demande d'adhésion est présentée dans le délai de trois mois à compter du jour où ils sont en situation de bénéficier de l'assurance volontaire ;

2°) à compter du premier jour du quatrième mois suivant la date d'effet de l'adhésion, si la demande est présentée après l'expiration de ce délai de trois mois.

Les assurés ont droit aux prestations de l'assurance invalidité s'ils justifient de douze mois consécutifs d'adhésion à titre personnel, au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Dans tous les cas, le versement des prestations est subordonné à la justification du paiement des cotisations exigibles à la date à laquelle les soins ont été donnés ou l'invalidité constatée.

Article R762-9

Lors de son retour en France, le salarié qui cotisait à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité bénéficie, à compter du jour de son affiliation à un régime obligatoire d'assurances sociales ou à un régime d'assurance volontaire couvrant les risques de maladie et de maternité, des prestations en nature de ce régime.

Pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces des assurances sociales, les périodes d'affiliation à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité sont assimilées à des périodes de travail salarié.

Le travailleur salarié expatrié qui, de retour en France, se trouve en état de chômage involontaire indemnisé ou non indemnisé a droit et ouvre droit aux prestations du régime des expatriés pendant trois mois à compter du premier jour de résidence en France, sous réserve que l'assuré ait tenu informée la caisse des Français de l'étranger de son retour définitif en France. Passé ce délai, il cesse de relever du régime des expatriés ; en application de l'article L. 311-5, il est assujéti au régime général de sécurité sociale s'il perçoit un des revenus de remplacement ou une des allocations mentionnés à cet article.

Le travailleur salarié expatrié qui a adhéré à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité et qui, dans les trois mois suivant son retour en France, est atteint d'une affection sans avoir repris une activité entraînant son assujéttissement à un régime obligatoire de sécurité sociale conserve le droit aux prestations de l'assurance volontaire tant que le contrôle médical estime qu'il se trouve dans l'incapacité physique de reprendre un emploi. Ces prestations sont servies et prises en charge par le régime des expatriés.

Sous-section 4 : Prestations d'assurance maladie et maternité.

Article R762-11

Les soins donnés en France à l'assuré et à ses ayants droit sont pris en charge par la caisse des Français de l'étranger dans les conditions fixées au livre III du présent code.

Article R762-12

Pour les soins donnés à l'étranger, les prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité sont servies dans les conditions fixées à la section 4 du présent chapitre.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les cas et conditions dans lesquels le versement des prestations est subordonné à un accord préalable de la caisse des Français de l'étranger.

Article R762-13

La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévues à l'article R. 762-37 est fixée ainsi qu'il suit :

1° 30 % pour les frais d'honoraires des praticiens et 40 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux ;

2° 35 % pour les autres frais prévus au 1° de l'article L. 160-8, à l'exception des frais d'hospitalisation ;

3° 20 % pour les frais d'hospitalisation.

Article R762-14

La participation de l'assuré est limitée ou supprimée, dans les conditions fixées par les textes réglementaires pris pour l'application de l'article L. 160-14 :

1°) lorsqu'à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

2°) lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

3°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur la liste prévue au 3° de l'article L. 160-14 ;

4°) lorsque le bénéficiaire est un enfant ou un adolescent handicapé, pour les frais mentionnés au 2° de l'article L. 160-8.

La participation peut être supprimée, sur avis conforme du contrôle médical, lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée au 3° ci-dessus mais comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Sont enfin exonérés de toute participation, dans les cas et conditions prévus par ces dispositions, les personnes mentionnées à l'article L. 371-6 et à l'article R. 160-10.

Sous-section 5 : Pensions d'invalidité et pensions de vieillesse substituées.

Article R762-15

Sous réserve de l'application de l'article L. 762-7, des articles R. 762-16 à R. 762-18, les pensions d'invalidité sont régies par les dispositions du titre IV du livre III.

Article R762-16

La demande de pension doit être adressée à la caisse des Français de l'étranger accompagnée d'un dossier médical dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Pour l'exercice de son droit de contrôle la caisse peut inviter l'intéressé à fournir toutes les justifications qu'elle estimera nécessaires, éventuellement visées par les autorités consulaires françaises.

Article R762-17

Pour l'application de l'article L. 341-12, et lorsque la reprise du travail a lieu à l'étranger, la pension d'invalidité ne peut se cumuler avec les gains ou salaires du pensionné que dans la limite du salaire qui a servi de base au calcul de la pension.

Article R762-18

La pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité liquidée au titre de l'assurance volontaire conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 762-7, ne peut être liquidée qu'au profit du titulaire qui, au cours des quatre trimestres civils précédant la date de l'interruption de travail consécutive à l'accident ou à la maladie invalidante ou celle de la constatation de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, a également cotisé à l'assurance volontaire vieillesse à moins qu'il n'ait acquis pendant au moins cinq ans des droits à l'assurance vieillesse, obligatoire ou volontaire.

La pension de vieillesse de veuve ou de veuf substituée à une pension d'invalidité liquidée au titre de l'assurance volontaire conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 762-7, ne peut être liquidée au profit du conjoint survivant que si l'assuré avait également cotisé à l'assurance volontaire vieillesse au cours des quatre trimestres civils précédant soit la date de l'interruption de travail consécutive à l'accident ou à la maladie invalidante ou celle de la constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme, soit la date de son décès s'il n'était pas titulaire d'une telle pension, à moins qu'il n'ait acquis, pendant au moins cinq ans, des droits à l'assurance vieillesse obligatoire ou volontaire.

Sous-section 6 : Contestation d'ordre médical

Article R762-19

Les dispositions du chapitre 1er du titre IV du livre Ier sont applicables en cas de contestation d'ordre médical. Toutefois la caisse des Français de l'étranger peut faire appel pour la désignation du médecin expert soit aux institutions de sécurité sociale du pays où réside le travailleur expatrié, soit aux autorités consulaires françaises.

Sous-section 7 : Radiation.

Article R762-20

Lorsque les cotisations n'ont pas été versées à l'échéance prescrite, la caisse des Français de l'étranger invite le redevable à régulariser sa situation dans le mois suivant.

L'intéressé encourt la radiation de l'assurance volontaire lorsque les cotisations n'ont pas été acquittées à deux échéances successives.

Toutefois la radiation ne devient effective que si le redevable ne défère pas à une mise en demeure l'invitant à s'acquitter de ses cotisations dans les trois mois à compter de sa réception.

Lorsque l'assuré justifie par une attestation des services consulaires avoir versé le montant de sa cotisation en monnaie locale à l'organisme local agréé pour les transferts, la procédure de radiation est suspendue.

Les dispositions des articles R. 243-18 à R. 243-21 et R. 244-2 sont applicables aux employeurs mentionnés à l'article L. 762-3.

Article R762-21

La caisse des Français de l'étranger procède, après en avoir informé les intéressés, à la radiation des assurés qui cessent de remplir les conditions exigées pour bénéficier de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité.

Article R762-22

L'assuré a la faculté de demander à tout moment sa radiation. Celle-ci prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande. Elle entraîne le cas échéant le remboursement des cotisations qui auraient été acquittées par avance pour ce trimestre ou les trimestres ultérieurs.

Section 3 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article R762-23

Les travailleurs expatriés qui désirent bénéficier de l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles adressent à la caisse des Français de l'étranger une demande d'adhésion conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par le même arrêté.

L'immatriculation est faite, le cas échéant, à la diligence de la caisse.

L'adhésion prend effet au jour de la notification de la décision de la caisse et au plus tard deux mois après la date de réception de la demande.

Toutefois, lorsque le travailleur a formulé sa demande avant son départ de France, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, l'adhésion prend effet à la date où débute son activité salariée à l'étranger.

Les bénéficiaires de l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles sont tenus d'informer la caisse de toute modification dans leur situation et notamment de toute interruption de leur activité salariée ou de tout changement de pays ou d'employeur.

Article R762-24

Les assurés font connaître à la caisse des Français de l'étranger le salaire annuel qui doit servir de base au calcul des cotisations et des prestations. Le montant de ce salaire doit être exprimé en euros.

Il ne peut être inférieur, pour une année civile donnée, au montant en vigueur au 1er janvier du salaire minimum prévu au premier alinéa de l'article L. 434-16 ni excéder huit fois ce montant.

La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion et fait l'objet de paiements trimestriels.

La cotisation trimestrielle est exigible au premier jour du trimestre civil auquel elle se rapporte et payable dans le mois qui suit, en euros, à la caisse des Français de l'étranger.

La cotisation peut être réglée d'avance pour l'année civile entière.

Article R762-25

Le droit aux prestations s'ouvre à la date d'effet de l'adhésion.

Le versement des prestations est subordonné à la justification du paiement des cotisations exigibles à la date de l'accident ou de la constatation de la maladie professionnelle.

Article R762-26

Les soins et les frais d'appareillage, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle donnés ou exposés en France sont pris en charge par la caisse des Français de l'étranger dans les conditions prévues par le livre IV du présent code.

Pour les soins donnés et les frais exposés à l'étranger il est fait application de la section 4 du présent chapitre.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les cas et conditions dans lesquels le versement des prestations est subordonné à un accord préalable de la caisse des Français de l'étranger.

Article R762-27

En vue du paiement des indemnités journalières l'assuré doit fournir une attestation certifiant que son salaire ne lui est pas maintenu intégralement ou partiellement par son employeur pendant la période d'incapacité temporaire.

Si, durant cette période, l'employeur maintient tout ou partie du salaire, il est subrogé de plein droit à la victime dans les droits de celle-ci aux indemnités journalières à due concurrence des sommes qu'il a versées.

Article R762-28

Pour le calcul des indemnités journalières, le salaire journalier prévu à l'article L. 433-2 est égal au 1/300 du salaire annuel défini à l'article R. 762-24.

Article R762-29

En matière d'indemnités journalières, l'intervalle entre deux paiements successifs peut être supérieur à celui qui est prévu à l'article R. 433-14.

Article R762-30

Les assurés assument les obligations mises à la charge de l'employeur par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La déclaration d'accident doit être établie par la victime ou son représentant. Elle doit, sauf motif grave, être adressée à la caisse des Français de l'étranger dans les quarante-huit heures qui suivent l'accident.

Article R762-31

Dans le cas où la législation du pays où elle exerce son activité professionnelle prévoit une enquête d'accidents du travail analogue à celle prévue par l'article L. 442-1, la victime est tenue de faire parvenir à la caisse des Français de l'étranger un exemplaire du procès-verbal de cette enquête.

La caisse peut en outre, dans tous les cas et dès réception de la déclaration d'accident, demander que les autorités consulaires françaises procèdent, dans les conditions qui sont précisées par un arrêté conjoint du ministre chargé des relations extérieures et du ministre chargé de la sécurité sociale, à une enquête permettant de déterminer les droits de l'assuré et de ses ayants droit.

Pour l'exercice de son droit de contrôle, la caisse peut faire procéder à l'examen médical de la victime, en faisant appel soit aux organismes de sécurité sociale locaux, soit aux autorités consulaires françaises.

Elle peut également inviter la victime à faire viser par les autorités consulaires les réponses aux demandes de renseignements et les certificats médicaux relatifs à l'accident.

Article R762-32

Les dispositions de l'article R. 762-19 sont applicables aux contestations d'ordre médical rendant nécessaire le recours à une expertise.

Article R762-33

Si la caisse des Français de l'étranger entend contester le caractère professionnel de l'accident, elle doit en informer par écrit la victime et les autorités consulaires françaises dans le délai de deux mois à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de l'accident par quelque moyen que ce soit.

Lorsqu'il est fait état pour la première fois d'une lésion ou d'une maladie présentée par l'assuré comme se rattachant à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, la caisse peut en contester le caractère professionnel. Dans ce cas elle doit, sans préjudice de l'application de l'article R. 762-32, en ce qui concerne la contestation d'ordre médical, en informer par écrit la victime et les autorités consulaires dans le délai de deux mois suivant la date à laquelle il a été fait état pour la première fois de cette lésion ou de cette maladie comme se rattachant à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Les assurés qui ont également adhéré à l'assurance volontaire maladie, maternité et invalidité reçoivent à titre provisionnel les prestations de cette assurance tant que la caisse ne leur a pas notifié sa décision et, le cas échéant, tant qu'il n'a pas été statué par la juridiction compétente.

Si le caractère professionnel n'est pas admis, la caisse notifie sa décision motivée à l'assuré en lui indiquant les voies de recours et les délais de recevabilité de sa contestation.

Si la caisse n'a pas usé de la faculté prévue aux premier et deuxième alinéas du présent article, le caractère professionnel de l'accident, de la lésion ou de la maladie est considéré comme établi à son égard.

Article R762-34

Pour l'application de l'article L. 443-2, s'il est fait état d'une aggravation de la lésion alors que le salarié a cessé d'exercer son activité à l'étranger et a repris une activité salariée en France, l'organisme ou service dont l'intéressé relève pour les accidents du travail prend en charge les conséquences de la rechute pour le compte de la caisse des Français de l'étranger.

L'indemnité journalière est alors calculée sur la base du salaire journalier antérieur à la première interruption de travail, compte tenu le cas échéant, de la révision opérée conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 433-2.

Article R762-35

Par dérogation aux dispositions des articles R. 434-30 et R. 461-7, dans le cas où, à la date de la constatation de la maladie professionnelle, le salarié occupe un emploi ne l'exposant plus au risque de la maladie constatée, la rente est calculée sur la base du salaire, éventuellement revalorisé dans les conditions indiquées à l'article R. 762-34, qui servait de base au calcul des cotisations à la date où l'intéressé a quitté son dernier emploi l'exposant au risque de la maladie constatée.

Article R762-36

Les dispositions des articles R. 762-6 et R. 762-20 à R. 762-22 sont applicables à la radiation de l'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de la référence à l'article R. 766-3 qui figure à l'article R. 762-6.

Section 4 : Dispositions communes aux travailleurs salariés à l'étranger.

Article R762-37

Pour les soins donnés à l'étranger, les tarifs servant de base au calcul des prestations dues aux travailleurs expatriés bénéficiaires de l'une des assurances volontaires instituées par le présent chapitre sont déterminés dans les conditions suivantes :

1°) pour les actes des praticiens et auxiliaires médicaux et pour les examens de biologie médicale, les remboursements sont effectués sur la base des frais réels, dans la limite des tarifs déterminés par les conventions nationales prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier. En l'absence de telles conventions, les remboursements s'effectuent dans la limite de tarifs fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, après avis de la caisse des Français de l'étranger ;

2°) pour les médicaments, les frais sont calculés sur la base des prix facturés aux assurés sans pouvoir excéder le coût du traitement si celui-ci avait eu lieu en France ;

3°) pour les fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments et pour les frais d'appareillage, les remboursements sont effectués sur la base des frais réels dans la limite des tarifs de responsabilité prévus aux articles L. 165-1 et L. 314-1 du présent code ;

4°) pour les frais d'hospitalisation et de soins dans les établissements de cure, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, le remboursement s'effectue sur la base des frais réels dans la limite des tarifs fixés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, après avis de la caisse des Français de l'étranger ;

5°) pour les frais de transports sanitaires exposés par les assurés dans le pays où les soins sont donnés, le remboursement s'effectue sur la base des frais réels dans la limite de forfaits déterminés par arrêté conjoint des mêmes ministres après avis de la caisse des Français de l'étranger.

Article R762-38

La part garantie ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré ou par ses ayants droit.

Le montant total des prestations en nature versées à l'occasion d'un traitement médical ne peut excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si l'intéressé avait reçu les soins en France.

Les prestations sont versées directement à l'assuré.

Article R762-39

Le dossier de remboursement adressé à la caisse compétente par l'assuré expatrié doit comprendre toutes justifications des dépenses exposées, et notamment :

1°) le montant des honoraires perçus par le praticien, ainsi que la ou les prescriptions correspondantes ;

2°) les factures de pharmacie, d'examens de biologie médicale, de fournitures autres que les médicaments, d'appareillage ou de transport sanitaire ;

3°) le montant des frais d'hospitalisation ou des frais de séjour dans un établissement de soins, de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle.

La demande de remboursement devra être constituée à l'aide de feuilles de maladie spéciales dont le modèle est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

La caisse peut, toutes les fois que cela est nécessaire à l'exercice de son droit de contrôle, inviter l'intéressé à faire viser les justifications par les autorités consulaires françaises.

Toutes les dépenses exposées à l'étranger doivent être justifiées par des factures ou notes acquittées, ou portant la mention d'un paiement par chèque, traduites en français ou dans l'une des langues étrangères prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 3 : Travailleurs non-salariés expatriés.

Article R763-1

Sont applicables aux travailleurs non-salariés expatriés qui adhèrent à l'assurance volontaire maladie-maternité instituée par le présent chapitre les dispositions des articles R. 762-1, R. 762-3, R. 766-3, R. 762-6, R. 762-7, des alinéas 1, 3 et 4 de l'article R. 762-9, des articles R. 762-11 à R. 762-14, R. 762-19, des alinéas 1 à 4 de l'article R. 762-20, des articles R. 762-21 et R. 762-22.

Article R763-3

Les opérations financières relatives à l'assurance volontaire maladie-maternité des travailleurs non-salariés expatriés, sont retracées dans un compte ouvert pour l'exécution, en recettes et en dépenses, des opérations afférentes au service des prestations en nature dans le cadre de l'assurance maladie-maternité-invalidité mentionnée au 1° du premier alinéa de l'article L. 762-3.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 4 : Pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger.

Article R764-1

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent aux personnes mentionnées à l'article L. 764-1, dans la mesure où elles justifient d'une durée d'assurance minimum de vingt trimestres au régime français d'assurance vieillesse obligatoire ou volontaire qui leur sert l'avantage de retraite dont elles sont titulaires.

Les périodes d'assurance réunies dans différents régimes sont additionnées, à l'exclusion de celles qui se superposent.

Article R764-2

Sont applicables aux pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger qui adhèrent à l'assurance volontaire maladie-maternité instituée par le présent chapitre, les dispositions des articles R. 762-1, R. 762-11 à R. 762-14 et R. 762-19.

Article R764-3

Les pensionnés qui désirent bénéficier de l'assurance maladie-maternité adressent à la caisse des Français de l'étranger une demande d'adhésion conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, dans laquelle ils indiquent notamment le ou les avantages de retraite dont ils bénéficient ainsi que les débiteurs de ces avantages. La demande d'adhésion est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par le même arrêté.

L'immatriculation est opérée, le cas échéant, à la diligence de la caisse.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande. Toutefois, l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure au transfert de résidence du pensionné à l'étranger.

Les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité sont tenus d'informer la caisse des Français de l'étranger de toute modification dans leur situation, et notamment de tout nouvel avantage de vieillesse dont ils pourraient bénéficier ultérieurement, de toute reprise d'une activité professionnelle ou de tout changement de pays.

Article R764-3-1

I. - Dès réception de la demande d'adhésion, la Caisse des Français de l'étranger, sur présentation des justificatifs de l'avantage ou des avantages de retraite du demandeur et de leur montant, détermine en fonction, d'une part, de l'application à ce montant du taux de cotisation prévu par le quatrième alinéa de l'article L. 764-4 et, d'autre part, du montant minimum de cotisation fixé en application du premier alinéa de l'article L. 764-5, si le recouvrement de la cotisation doit être effectué suivant les règles fixées à l'article L. 764-4 ou à l'article L. 764-5. Si l'article L. 764-4 est applicable, la Caisse des Français de l'étranger en informe les débiteurs de l'avantage ou des avantages de retraite dont le demandeur est titulaire.

II. - La Caisse des Français de l'étranger vérifie périodiquement, en fonction des informations transmises par l'assuré et en particulier celles concernant les revalorisations ou les nouveaux avantages de retraite dont il peut disposer, si le recouvrement de la cotisation doit être effectué suivant les règles fixées à l'article L. 764-4 ou à l'article L. 764-5. En cas de modification du mode de recouvrement de la cotisation par rapport à celui appliqué à l'échéance précédente, elle en informe les organismes débiteurs de l'avantage ou des avantages de retraite ainsi que l'intéressé.

La caisse peut à tout moment demander aux assurés volontaires la justification des avantages de retraite français dont ils disposent.

Article R764-6

La personne qui a été radiée du régime d'assurance volontaire maladie-maternité en application des articles R. 764-15 ou R. 764-19, alors qu'elle continuait à remplir les conditions exigées pour bénéficier dudit régime et qui, sans avoir changé de pays de résidence, présente une nouvelle demande d'adhésion, est redevable des cotisations qui auraient été précomptées sur son ou ses avantages de retraite en application de l'article L. 764-4 ou versées directement par le titulaire de ce ou ces avantages en application de l'article L. 764-5, comme si elle n'avait pas été radiée, dans la limite des cinq années précédant la demande.

Article R764-7

Les assurés volontaires ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité pour les soins reçus à l'étranger :

1°) à compter de la date d'effet de leur adhésion, si la demande d'adhésion est présentée dans le délai de trois mois à compter du jour où ils sont en situation de bénéficier de l'assurance volontaire ;

2°) à compter du premier jour du quatrième mois suivant la date d'effet de l'adhésion, si la demande est présentée après l'expiration de ce délai de trois mois.

Article R764-8

La cotisation dont sont redevables les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité est due à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Dans le cas où elle est établie en application de l'article L. 764-4, cette cotisation est précomptée, à chaque échéance, sur le montant brut de chacun des avantages de retraite dont l'intéressé est titulaire par l'organisme débiteur ou payeur dudit avantage. Cet organisme est tenu de faire parvenir au pensionné, au moins une fois par an, un document mentionnant pour la période considérée les montants respectifs de l'assiette du précompte, de la cotisation précomptée et de la pension nette.

Dans le cas où la cotisation est établie en application de l'article L. 764-5, elle est appelée et recouvrée, à échéance trimestrielle, par la Caisse des Français de l'étranger. Cet organisme est tenu de faire parvenir au pensionné, avant chaque échéance, un document mentionnant l'appel de cotisation et sa situation au regard de ses obligations de cotisant.

Article R764-9

Les cotisations précomptées sur les avantages de retraite servis par les organismes du régime général de sécurité sociale aux pensionnés résidant à l'étranger sont virées annuellement par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale du compte de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à celui de la caisse des Français de l'étranger. L'organisme débiteur notifie à la caisse des Français de l'étranger, à chaque échéance, l'assiette et le montant de la cotisation précomptée pour chacun des assurés.

Article R764-10

Lorsque l'avantage de retraite est servi par l'employeur, les cotisations sont versées à la caisse des Français de l'étranger dans les conditions prévues par l'article R. 243-28.

Article R764-11

Lorsque l'avantage de retraite est servi par d'autres débiteurs que les organismes du régime général de sécurité sociale ou que l'employeur, les cotisations sont versées à la caisse des Français de l'étranger dans les conditions prévues par l'article R. 243-29.

Chaque versement est obligatoirement accompagné d'un document établi et signé par le débiteur de l'avantage de retraite indiquant le montant des cotisations versées pour chaque assuré et celui des avantages de retraite sur lesquels elles sont assises. Les sommes à déclarer par le débiteur de l'avantage de retraite peuvent être arrondies au franc le plus voisin. Les autres mentions qui doivent figurer dans le document sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Si, pour quelque motif que ce soit, autre que la radiation de l'assuré, les cotisations n'ont pas été versées, le débiteur de l'avantage de retraite reste tenu d'adresser à la caisse des Français de l'étranger, au plus tard à la date limite d'exigibilité des cotisations, le document prévu au deuxième alinéa.

Il est fait application des pénalités et majorations de retard prévues aux articles R. 243-31 à R. 243-33.

Article R764-12

L'article R. 246-1 est applicable quel que soit le débiteur ou le payeur de l'avantage de retraite.

Article R764-13

Les dispositions des articles R. 133-1 à R. 133-3, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-7 s'appliquent au recouvrement des cotisations prévues par le premier alinéa de l'article L. 764-4.

Article R764-14

La caisse des Français de l'étranger procède, après en avoir informé les intéressés ainsi que, le cas échéant, les organismes débiteurs des avantages de retraite, à la radiation des assurés qui cessent de remplir les conditions exigées pour bénéficier de l'assurance volontaire maladie-maternité.

Article R764-15

L'assuré a la faculté de demander à tout moment sa radiation. Celle-ci prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande. La caisse des Français de l'étranger en informe sans délai, le cas échéant, le débiteur ou le payeur du ou des avantages de retraite.

Article R764-16

Lors de leur retour définitif en France, les pensionnés expatriés qui cotisaient à l'assurance volontaire maladie-maternité et qui ne sont pas couverts par un régime obligatoire conservent leur droit aux prestations de l'assurance volontaire pendant une durée de trois mois à compter du premier jour de résidence en France, sous réserve que les assurés aient tenu informée la caisse des Français de l'étranger de leur retour définitif en France.

Article R764-17

Les opérations financières relatives à l'assurance volontaire maladie-maternité des pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger sont retracées dans un compte ouvert pour l'exécution en recettes et en dépenses, des opérations afférentes au service des prestations en nature dans le cadre de l'assurance maladie-maternité-invalidité mentionnée au 1° du premier alinéa de l'article L. 762-3.

Article R764-18

La cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 764-5 est due à compter de l'adhésion de l'intéressé à la Caisse des Français de l'étranger, ou à compter de la modification du mode de recouvrement de la cotisation mentionné au II de l'article R. 764-3-1.

Elle est exigible le premier jour du trimestre civil auquel elle se rapporte et payable à la caisse, en euros, dans le mois qui suit.

Article R764-19

Lorsque la cotisation forfaitaire exigible en vertu de l'article L. 764-5 n'a pas été versée à l'échéance prescrite, la Caisse des Français de l'étranger invite le redevable à régulariser sa situation.

Lorsque l'intéressé n'a pas versé les cotisations de deux échéances successives, la caisse lui adresse une mise en demeure l'invitant à s'acquitter des cotisations dues dans le délai de trois mois et l'informant qu'il encourt la radiation de l'assurance volontaire en cas de non-paiement. Si cette mise en demeure est sans effet, la radiation est prononcée par la caisse.

Lorsque l'assuré justifie par une attestation des services consulaires avoir versé le montant de sa cotisation en monnaie locale à l'organisme local agréé pour les transferts, la procédure de radiation n'est pas engagée ou est suspendue.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 5 : Catégories diverses d'assurés volontaires.

Article R765-2

Les dispositions du code de la sécurité sociale mentionnées à l'article R. 764-13 s'appliquent au recouvrement des cotisations mentionnées aux articles L. 765-6 à L. 765-8.

Article R765-3

Les opérations financières relatives à l'assurance volontaire maladie-maternité des catégories diverses d'assurés sont retracées dans un compte ouvert pour l'exécution, en recettes et en dépenses, des opérations afférentes au service des prestations en nature dans le cadre de l'assurance maladie-maternité-invalidité mentionnée au 1° du premier alinéa de l'article L. 762-3.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 6 : Dispositions communes aux expatriés visés aux chapitres II à V

Section 1 : Dispositions communes relatives à l'adhésion, aux prestations et aux cotisations à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévue aux chapitres II à V

Article R766-1

L'article R. 162-9 n'est pas applicable aux soins dispensés à l'étranger.

Article R766-3

Le délai imparti au premier alinéa de l'article L. 766-1 pour formuler la demande d'adhésion à l'une des assurances volontaires est fixé à deux ans.

Les cotisations que doit acquitter l'intéressé lorsque sa demande est formulée après l'expiration du délai mentionné au premier alinéa sont limitées à celles correspondant aux deux années qui précèdent la demande. La caisse peut, sur demande de l'intéressé, autoriser un paiement échelonné de ces cotisations dans le délai maximum d'une année.

Le point de départ du délai mentionné au premier alinéa est fixé à la date à laquelle l'intéressé se trouvait dans l'une des situations suivantes :

1° Pour les travailleurs salariés visés au chapitre II, soit à la date à laquelle débute l'activité salariée du travailleur dans un pays étranger, soit la date à laquelle le travailleur qui exerce son activité dans un pays étranger cesse d'être soumis à la législation de sécurité sociale française ou d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen dont il relevait ;

2° Pour les travailleurs non salariés visés au chapitre III, à la date à laquelle débute l'activité non salariée du travailleur dans un pays étranger ;

3° Pour les pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger visés au chapitre IV, soit à la date à laquelle le titulaire d'un avantage de retraite transfère sa résidence dans un pays étranger, soit à la date de liquidation d'une pension de retraite servie par un régime français d'assurance vieillesse, lorsque la personne qui réside à l'étranger en devient titulaire ;

Pour les diverses catégories d'assurés volontaires visés au chapitre V, la date à laquelle les intéressés se trouvent dans la situation leur permettant de bénéficier de l'assurance volontaire.

L'âge mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 766-1 est fixé à trente-cinq ans au plus.

Article R766-4

I. - La qualité d'ayant droit visée à l'article L. 766-1-1 est établie sur présentation de pièces dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

II. - La limite d'âge prévue au 2° de ce même article est fixée à seize ans. La limite d'âge prévue au 3° de ce même article est fixée à dix-huit ans pour les enfants placés en apprentissage et à vingt ans pour les enfants qui poursuivent leurs études et ceux qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité professionnelle.

Pour les enfants ayant dû interrompre leurs études pour cause de maladie, la limite d'âge peut être reculée jusqu'au 30 septembre de l'année de leur vingt et unième anniversaire sur présentation de pièces fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le bénéfice du recul de limite d'âge ne peut être accordé qu'après avis du contrôle médical de la caisse.

III. - Sont réputés conserver la qualité d'ayant droit :

- jusqu'au terme de l'année scolaire, l'enfant poursuivant des études qui atteint vingt ans au cours de cette année, s'il ne peut prétendre à la qualité d'étudiant ou bénéficiaire de la qualité d'assuré social à un autre titre ;

- durant les trois mois civils suivant la date du décès de l'assuré, les ayants droit énumérés à l'article L. 766-1-1.

IV. - Le nombre d'enfants mentionné au 4° de l'article 766-1-1 est de deux, et leur âge limite de quatorze ans.

Article R766-5

L'assuré qui relevait en France d'un régime obligatoire couvrant les risques de maladie et de maternité et qui remplissait les conditions requises pour bénéficier des prestations à la date où il a cessé d'être assujéti à ce régime a droit et ouvre droit dès cette date aux prestations correspondantes de l'une des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévues aux chapitres II, III et V du présent titre si sa demande d'adhésion est présentée dans le délai de trois mois à compter de la même date. Jusqu'à

l'expiration de ce délai de trois mois, les prestations lui sont servies par la Caisse des Français de l'étranger pour le compte du régime auquel il était précédemment affilié. Les organismes intéressés peuvent d'un commun accord fixer les bases d'une compensation forfaitaire.

Si leur demande est présentée après l'expiration de ce délai de trois mois, les assurés ont droit aux prestations en nature des assurances volontaires mentionnées au premier alinéa pour les soins donnés à compter du premier jour du quatrième mois suivant la date d'effet de l'adhésion et, s'ils sont âgés d'au moins quarante-cinq ans, à compter du premier jour du septième mois suivant cette date.

Section 3 : Caisse des Français de l'étranger

Paragraphe 1 : Durée du mandat des administrateurs et composition du conseil d'administration de la caisse.

Article R766-6

La durée du mandat des administrateurs de la Caisse des Français de l'étranger est de six ans.

Article R766-6-1

Les autorités compétentes pour la désignation des personnes qualifiées prévue à l'article L. 766-5 sont respectivement le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé des relations extérieures et le ministre chargé du budget.

Paragraphe 2 : Election des représentants des assurés au conseil d'administration de la caisse.

Article R766-7

Les membres du conseil supérieur des Français de l'étranger élisent, sous le contrôle d'un bureau de vote, les représentants des assurés au conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Cet arrêté est affiché au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger et au siège de la caisse des Français de l'étranger quatre semaines au moins avant la date du scrutin.

Article R766-8

Le conseil supérieur des Français de l'étranger se réunit, pour procéder à l'élection, au ministère chargé des relations extérieures.

Le scrutin est ouvert de neuf heures à quinze heures, sans interruption. Toutefois, le président du bureau de vote peut déclarer, avant le terme fixé ci-dessus, le scrutin clos postérieurement au dernier des votes exprimés, si tous les membres du collège électoral ont pris part au vote.

Article R766-9

Le vote a lieu sous enveloppe. Les enveloppes électorales sont fournies par le ministère chargé des relations extérieures. Elles sont opaques et non gommées.

Le jour du vote, elles sont mises à la disposition des électeurs dans la salle de vote. Avant l'ouverture du scrutin, le bureau doit constater que le nombre des enveloppes correspond exactement au nombre des électeurs inscrits.

Article R766-10

La salle de vote comporte au moins un isolement.

Il est installé au lieu du vote une urne n'ayant qu'une ouverture destinée à laisser passer l'enveloppe contenant le bulletin de vote. Elle doit avoir été fermée par deux serrures dissemblables, dont les clés restent l'une entre les mains du président du bureau de vote et l'autre entre les mains d'un assesseur tiré au sort parmi les assesseurs.

Article R766-11

A son entrée dans la salle du scrutin, chaque électeur justifie de son identité et présente sa carte de membre du conseil supérieur des Français de l'étranger en cours de validité, qui tient lieu de carte électorale. Il prend lui-même une enveloppe et, sans quitter la salle du scrutin, il se rend isolément dans la partie de la salle aménagée pour se soustraire au regard pendant qu'il met son bulletin dans l'enveloppe.

Il fait ensuite constater au président du bureau de vote qu'il n'est porteur que d'une seule enveloppe ; le président le constate sans toucher l'enveloppe que l'électeur introduit lui-même dans l'urne.

Article R766-12

Le bureau de vote est composé d'un président, d'au moins deux assesseurs et d'un secrétaire choisi par eux parmi les électeurs inscrits sur la liste électorale.

Dans les délibérations du bureau, le secrétaire n'a qu'une voix consultative. Deux membres du bureau au moins doivent être présents pendant tout le cours des opérations électorales.

Article R766-13

Le bureau de vote est présidé par un conseiller à la cour d'appel de Paris désigné par le premier président de cette juridiction. Le président du bureau de vote est remplacé, en cas d'absence, par l'assesseur le plus âgé.

Le secrétaire est remplacé, en cas d'absence, par l'assesseur le plus jeune.

Article R766-14

Chaque liste en présence désigne un assesseur pris parmi les électeurs.

Si, pour une cause quelconque, le nombre des assesseurs désignés est inférieur à deux, les assesseurs manquants sont pris jusqu'à concurrence de ce nombre parmi les électeurs présents selon l'ordre de priorité suivant : l'électeur le plus âgé s'il manque un assesseur, le plus âgé et le plus jeune s'il en manque deux.

En cas de besoin, le président peut désigner comme assesseur tout électeur.

Article R766-15

Les nom, prénoms, date et lieu de naissance, adresse des assesseurs sont notifiés par les mandataires des listes, par pli déposé au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger, contre récépissé, quarante-huit heures avant le jour de l'élection.

Article R766-16

Chaque liste de candidats peut être représentée par un délégué habilité à contrôler les opérations de vote ; si ce délégué est empêché, il est remplacé par un suppléant.

Article R766-17

Le président du bureau de vote a seul la police de l'assemblée.

Le bureau se prononce sur les difficultés qui s'élèvent touchant les opérations électorales.

Les décisions motivées du bureau et les réclamations sont inscrites au procès-verbal. Les pièces qui s'y rapportent y sont annexées après avoir été paraphées par les membres du bureau.

Le président du bureau de vote constate publiquement et mentionne au procès-verbal l'heure d'ouverture et l'heure de clôture du scrutin.

Aucun vote ne peut être reçu après la déclaration de clôture. Toutefois, un électeur ayant pénétré dans la salle de vote avant l'heure de clôture du scrutin peut déposer son bulletin dans l'urne après cette heure.

Article R766-18

Au moment du vote, les électeurs justifient de leur identité et présentent au président du bureau leur carte de membre du conseil supérieur des Français de l'étranger en cours de validité.

Les assesseurs sont associés sur leur demande à ce contrôle d'identité.

Article R766-19

Le vote de chaque électeur est constaté par la signature ou le paraphe de l'un des membres du bureau, apposé à l'encre sur la liste d'émargement en face du nom du votant.

Article R766-20

Les électeurs peuvent également voter par procuration, dans les conditions prévues pour l'élection des sénateurs représentant les Français établis hors de France.

Le mandataire participe au scrutin dans les conditions définies à l'article R. 766-8.

Article R766-21

Lorsque le scrutin est clos, il est procédé immédiatement au dépouillement des votes.

Le dépouillement est opéré par les scrutateurs sous la surveillance des membres du bureau.

Le bureau peut participer au dépouillement. A défaut de scrutateurs en nombre suffisant, le dépouillement est assuré par les membres du bureau.

Article R766-22

Les scrutateurs sont désignés soit par les mandataires des listes, soit par les délégués des listes parmi les électeurs inscrits sur la liste électorale.

Les délégués peuvent être également scrutateurs.

Article R766-23

Après l'ouverture de l'urne par le président, les enveloppes sont comptées. Si leur nombre excède ou n'atteint pas celui des émargements, il en est fait mention au procès-verbal.

A la table de dépouillement, l'un des scrutateurs extrait le bulletin de l'enveloppe et le passe déplié à un autre scrutateur. Celui-ci lit à haute voix le titre de la liste qui est inscrit sur une feuille de dépouillement prévue à cet effet.

Article R766-24

Les délégués des listes ont le droit de contrôler toutes les opérations de dépouillement des bulletins et de décompte des voix, ainsi que de faire inscrire au procès-verbal leurs observations.

Article R766-25

N'entrent pas en compte dans le résultat du dépouillement :

1°) les bulletins blancs ;

2°) les bulletins désignant une liste qui n'a pas été régulièrement publiée ou dont l'irrégularité a été constatée par le juge ;

3°) les bulletins dans lesquels les votants se sont fait connaître ;

4°) les bulletins trouvés dans l'urne sans enveloppe ou dans des enveloppes non réglementaires ;

5°) les bulletins multiples trouvés dans la même enveloppe et concernant des listes différentes ;

6°) les bulletins ou enveloppes portant des signes intérieurs ou extérieurs de reconnaissance ;

7°) les bulletins ou enveloppes portant des mentions injurieuses pour les candidats ou pour des tiers ;

8°) les bulletins comportant adjonction ou suppression de noms ou modification de l'ordre de présentation des candidats.

Les bulletins qui n'ont pas été pris en compte ainsi que les enveloppes non réglementaires sont annexés au procès-verbal, contresignés par les membres du bureau et portent mention des causes de l'annexion.

Article R766-26

Une fois les opérations de lecture et de pointage terminées, les scrutateurs remettent au bureau les feuilles de pointage signées par eux et les bulletins dont la validité est contestée par des électeurs ou des délégués des listes.

Article R766-27

Après la fin du dépouillement, le procès-verbal des opérations électorales est rédigé par le secrétaire dans la salle de vote, en présence des électeurs.

Il est établi en double exemplaire et signé de tous les membres du bureau et des délégués des listes.

Les réclamations, les décisions du bureau et la feuille de dépouillement sont jointes au procès-verbal.

Article R766-28

Le président proclame en public les résultats du scrutin, dès l'établissement du procès-verbal.

Article R766-29

Une commission des votes composée de quatre électeurs désignés par le président du bureau de vote et présidée par un magistrat de l'ordre judiciaire en activité ou honoraire désigné par le premier président de la cour d'appel de Paris attribue les sièges au scrutin de liste dans l'ordre de présentation de chaque liste en

faisant application de la représentation proportionnelle avec répartition complémentaire suivant la règle du plus fort reste.

Article R766-30

Le quotient électoral est déterminé, pour chaque catégorie d'assurés, en divisant le nombre de suffrages valablement exprimés par le nombre de mandats d'administrateur titulaire à pourvoir.

Pour chaque catégorie d'assurés, il est attribué à chaque liste autant de mandats d'administrateur titulaire que le nombre de suffrages obtenu par la liste contient de fois le quotient électoral correspondant à cette catégorie d'assurés.

Les mandats des administrateurs titulaires non répartis par application des dispositions précédentes sont attribués successivement aux listes qui comportent les plus grands restes.

Lorsqu'une liste a obtenu un nombre de voix inférieur au quotient électoral, ce nombre de voix tient lieu de reste.

Au cas où il n'y a plus à attribuer qu'un seul mandat, si deux listes ont le même reste, le mandat revient à la liste qui a obtenu le plus grand nombre de suffrages.

Si les deux listes en cause ont recueilli le même nombre de suffrages, le mandat est attribué au plus âgé des deux candidats susceptibles d'être proclamés élus.

Article R766-31

Le procès-verbal consignant l'attribution des sièges est signé par les membres de la commission.

Article R766-32

Les résultats sont affichés au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger et au siège de la caisse des Français de l'étranger.

Article R766-33

Dans les huit jours de l'affichage des résultats, tout électeur et tout éligible peuvent contester la régularité des listes de candidats, l'éligibilité d'un candidat, l'éligibilité ou l'élection d'un élu et la régularité des opérations électorales devant le tribunal d'instance du 1er arrondissement de Paris.

Article R766-34

En cas de contestation, les administrateurs proclamés élus demeurent en fonctions jusqu'à ce qu'il ait été définitivement statué sur les recours.

Article R766-35

Le recours est formé par déclaration orale ou écrite faite, remise ou adressée au secrétariat-greffe du tribunal d'instance. Outre les mentions prescrites par l'article 58 du code de procédure civile, la déclaration indique la qualité en laquelle le requérant agit. Si le recours met en cause l'éligibilité d'un candidat, l'éligibilité ou l'élection d'un élu, la déclaration mentionne les noms, prénoms et adresses de ces derniers.

S'il porte sur la régularité d'une liste ou d'une candidature, elle fait état, selon le cas, des noms, prénoms et adresses des mandataires de la liste contestée ou des candidats contestés.

S'il porte sur la régularité du scrutin, elle fait état des noms, prénoms et adresses des mandataires de l'ensemble des listes.

Il est délivré un récépissé du recours.

Le recours est porté à la connaissance du procureur de la République par le greffier en chef.

Article R766-36

Au plus tard deux mois après la réception du recours, le tribunal d'instance statue sans formalités, sans frais et sur simple avertissement donné un mois à l'avance à toutes les parties mentionnées à l'article R. 766-32.

Article R766-37

La décision prise par le tribunal d'instance est notifiée dans les trois jours par le secrétariat-greffe aux parties par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le secrétariat-greffe en donne avis au procureur de la République dans le même délai.

La décision est rendue en dernier ressort. Elle n'est pas susceptible d'opposition.

Article R766-38

Le pourvoi en cassation est formé dans les dix jours suivant la notification de la décision du tribunal d'instance.

Les dispositions des articles 999 à 1008 du code de procédure civile sont applicables.

Article R766-39

Les délais fixés aux articles R. 766-30 et R. 766-35 sont calculés et prorogés conformément aux dispositions des articles 640, 641 et 642 du code de procédure civile.

Paragraphe 3 : Election des représentants du conseil supérieur des Français de l'étranger.

Article R766-40

La liste électorale établie en vue de l'élection des administrateurs de la caisse des Français de l'étranger prévue au 1° du premier alinéa de l'article L. 766-5 est utilisée pour l'élection des administrateurs prévue au 2° du premier alinéa du même article.

Article R766-41

Pour l'application du 2° du premier alinéa de l'article L. 766-5, chaque liste de candidats doit comporter trois noms.

Article R766-42

Les listes de candidats, comprenant l'intitulé de la liste ainsi que les noms et prénoms des candidats, sont déposées au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger, contre récépissé, au plus tard à 18 heures deux jours avant la date du scrutin.

Le dépôt de chaque liste est fait par un mandataire de la liste ayant la qualité d'électeur au conseil d'administration.

Chaque liste fait l'objet d'une déclaration collective qui précise le titre de la liste et l'ordre de présentation des candidats.

Au dépôt de la liste sont jointes les déclarations individuelles de chacun des candidats de la liste. Chaque déclaration individuelle est signée par le candidat et comporte la procuration donnée au mandataire. Elle énumère les nom, prénoms, date et lieu de naissance, domicile et profession des intéressés.

Article R766-43

Aucun remplacement ou retrait de candidature ne peut être opéré après le dépôt de la liste.

Toutefois, un candidat décédé peut être remplacé jusqu'à l'expiration du délai de dépôt des candidatures.

Article R766-44

Les listes de candidats sont affichées dans l'heure qui suit la clôture du dépôt des listes au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger.

Article R766-45

Les bulletins de vote sont imprimés par le secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger.

Les bulletins ne doivent pas comporter d'autres indications que le nom de la caisse des Français de l'étranger suivi de la mention " Election des représentants du C.S.F.E. ", le titre de la liste ainsi que le nom et le prénom de chaque candidat.

Ces mentions doivent figurer sur un seul côté du bulletin.

Article R766-46

Il est interdit de distribuer ou de faire distribuer le jour du scrutin des bulletins, circulaires et autres documents.

Article R766-47

Les dispositions des articles R. 766-5 à R. 766-26 et R. 766-28 à R. 766-36 sont applicables à l'élection des administrateurs prévue au 2° du premier alinéa de l'article L. 766-5.

Article R766-48

La date de l'élection est fixée par arrêté du ministre chargé des relations extérieures. Cet arrêté est affiché au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger au plus tard quatre jours avant la date du scrutin.

Article R766-49

Pour l'élection des administrateurs prévue au 2° du premier alinéa de l'article L. 766-5, le quotient électoral est déterminé en divisant le nombre de suffrages valablement exprimés par le nombre de sièges à pourvoir.

Il est attribué à chaque liste autant de mandats d'administrateur que le nombre de suffrages obtenu par la liste contient de fois le quotient électoral.

Les mandats d'administrateur non répartis par application des dispositions précédentes sont attribués successivement aux listes qui comportent les plus forts restes.

Lorsqu'une liste a obtenu un nombre de voix inférieur au quotient électoral, ce nombre de voix tient lieu de reste.

Au cas où il n'y a plus à attribuer qu'un seul mandat, si deux listes ont le même reste, le mandat revient à la liste qui a obtenu le plus grand nombre de suffrages.

Si les deux listes en cause ont recueilli le même nombre de suffrages, le mandat est attribué au plus âgé des deux candidats susceptibles d'être proclamés élus.

Paragraphe 4 : Organisation administrative de la caisse

Article R766-50

Le conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger se réunit au moins une fois par an. Il peut en outre être convoqué par le président soit à l'initiative de celui-ci, soit sur l'invitation du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé du budget.

Lorsqu'ils n'ont pas de suppléant, les administrateurs titulaires peuvent donner délégation de vote à un autre membre du conseil d'administration. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ayant voix délibérative.

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président et deux vice-présidents chargés de remplacer le président en cas d'empêchement. Cette élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls.

Si, après deux tours de scrutin, nul n'a obtenu la majorité absolue, il est procédé à un troisième tour de scrutin et l'élection a lieu à la majorité relative.

En cas d'égalité de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

Le président et les vice-présidents sont élus pour la durée du mandat des administrateurs.

Article R766-51

Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la caisse des Français de l'étranger soit sur proposition de son président, de ses membres ou du directeur, soit sur l'initiative du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration établit le règlement intérieur de la caisse.

Le conseil d'administration délibère sur le budget et les comptes annuels de la caisse des Français de l'étranger.

Il délibère également sur le rapport annuel du directeur relatif au fonctionnement administratif et financier de la caisse des Français de l'étranger.

Le conseil d'administration émet un avis sur tous les projets de loi et de règlement intéressant les matières de sa compétence.

Le conseil d'administration nomme le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint, sous réserve de l'agrément ; il nomme, sur proposition du directeur, aux autres emplois de direction soumis à l'agrément ; il désigne les agents chargés de l'intérim des emplois de direction sous réserve de leur agrément.

Il contrôle l'application par le directeur et l'agent comptable des dispositions législatives et réglementaires ainsi que l'exécution de ses propres délibérations.

Le pouvoir de contrôle dont dispose le conseil d'administration sur le fonctionnement général de l'organisme ne l'autorise pas à se substituer ou à donner des injonctions au directeur dans l'exercice des pouvoirs propres de décision qui lui sont reconnus par les dispositions réglementaires applicables, ni à annuler ou à réformer les décisions prises à ce titre.

Article R766-52

Le conseil d'administration peut désigner en son sein des commissions et leur déléguer certaines de ses attributions.

Article R766-53

Le président représente de plein droit la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer ses pouvoirs aux vice-présidents ou au directeur par mandat spécial ou général.

Article R766-54

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint. En cas d'absence ou d'empêchement du directeur ou du directeur adjoint ou à défaut de directeur adjoint, les fonctions de directeur sont exercées par un agent de l'organisme désigné dans les conditions prévues à l'article R. 766-48.

Article R766-55

Les marchés sont passés dans les formes et les conditions prescrites pour les marchés des organismes du régime général.

Paragraphe 5 : Organisation financière et comptable.

Article R766-56

La caisse des Français de l'étranger assure d'une manière autonome :

- 1°) la gestion de l'assurance maladie-maternité-invalidité ;
- 2°) la gestion de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles ;
- 3°) la gestion de l'action sanitaire et sociale ;
- 4°) la gestion administrative.

Article R766-57

Le régime des expatriés doit être équilibré en recettes et en dépenses.

Article R766-58

La caisse nationale d'assurance vieillesse du régime général verse à la caisse des Français de l'étranger, par l'intermédiaire du fonds national de la gestion administrative, les sommes correspondant au montant des frais de gestion afférents au recouvrement des cotisations d'assurance volontaire vieillesse. Ces sommes sont inscrites en recettes dans la gestion administrative de la caisse.

Article R766-59

Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie de la caisse des Français de l'étranger font l'objet de placements en valeurs d'Etat, en valeurs garanties par l'Etat ou en valeurs mobilisables dans des conditions fixées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

La caisse des Français de l'étranger effectue ces placements par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts et consignations qui est en outre chargée de la gestion des valeurs.

Le produit de ces placements est affecté au financement des assurances gérées par la caisse. Sont également affectés au financement de ces assurances les intérêts créditeurs sur dépôts.

Article R766-60

Le compte retraçant les opérations financières afférentes aux assurances volontaires maladie-maternité des Français résidant à l'étranger est ouvert dans les écritures de la caisse des Français de l'étranger.

Ce compte comporte quatre sections où sont respectivement inscrites les recettes et les dépenses :

1°) de l'assurance volontaire des travailleurs salariés expatriés ;

2°) de l'assurance volontaire des travailleurs non-salariés expatriés ;

3°) de l'assurance volontaire des pensionnés d'un régime français résidant à l'étranger ;

4°) de l'assurance volontaire des catégories diverses d'assurés volontaires, réparties dans les subdivisions suivantes :

a. titulaires d'un avantage de cessation anticipée d'activité ;

b. étudiants ;

c. chômeurs ;

d. titulaires d'une rente d'accident du travail ;

e. titulaires d'une pension d'invalidité ;

f. conjoints survivants ou divorcés ou séparés d'un assuré ;

g. conjoints ou conjoints survivants ou divorcés ou séparés d'étrangers ou de Français non assurés ;

h. les personnes mentionnées à l'article L. 765-3.

Des comptes distincts retracent les opérations financières afférentes à l'assurance invalidité et à l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles des travailleurs salariés expatriés.

Article R766-61

Les dispositions relatives aux opérations financières et comptables exécutées par les directeurs et agents comptables des organismes du régime général sont applicables à la caisse des Français de l'étranger sous réserve des dispositions particulières de la présente sous-section.

Paragraphe 6 : Dispositions diverses

Article R766-62

Les chapitres 2, 3 et 4 du titre IV du livre I sont applicables aux litiges relatifs aux assurances volontaires instituées par le présent titre.

Pour les litiges relevant du contentieux technique sont compétentes les commissions régionales du contentieux technique dans le ressort desquelles la caisse des Français de l'étranger a son siège.

Article R766-63

Le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget sont représentés au conseil d'administration par des commissaires du Gouvernement, qui assistent aux séances et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Pour l'application de l'article L. 766-10, les procès-verbaux des délibérations du conseil d'administration sont communiqués dans les dix jours qui suivent la séance au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Le délai, prévu par l'article L. 766-10, dont disposent les autorités compétentes de l'Etat pour faire opposition aux délibérations du conseil d'administration, est fixé à vingt jours.

En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut, après entente avec le ministre chargé du budget, viser, pour exécution immédiate, une délibération qui lui a été communiquée en application de l'article L. 766-10.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 7 : Travailleurs migrants

Section 1 : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article R767-1

Le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R767-2

Le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale a pour missions :

1° D'assurer la diffusion des règlements de l'Union européenne, des accords internationaux de sécurité sociale et des accords de coordination avec les régimes des collectivités territoriales et des territoires français ayant leur autonomie en matière de sécurité sociale, ainsi que d'une documentation actualisée sur la législation relative à la protection sociale des Etats étrangers ;

2° De satisfaire aux demandes d'information formulées notamment par les particuliers et les entreprises et, le cas échéant, d'assurer des actions de formation dans son domaine de compétence. Cette mission comprend l'information sur les droits en matière de soins de santé transfrontaliers conformément à l'article 6 de la directive 2011/24/ UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 ;

3° De contribuer à la mise en œuvre des règlements et accords mentionnés au 1° par les institutions françaises de sécurité sociale en assistant celles-ci pour l'instruction des dossiers individuels ;

4° D'instruire, dans les conditions prévues par les règlements et accords mentionnés au 1° et, lorsque ces derniers le prévoient, de traiter les demandes individuelles relatives au maintien exceptionnel ou à la prolongation du maintien dans les régimes français de sécurité sociale des personnes travaillant hors de France ou dans les collectivités territoriales ou territoires précités, et les demandes individuelles relatives à l'exemption d'affiliation à ces régimes des personnes exerçant leur activité sur le territoire français ;

5° D'apporter, en tant que de besoin, un appui technique au ministre chargé de la sécurité sociale dans le domaine des relations européennes et internationales et au ministre des affaires étrangères dans le cadre de l'action qu'il mène dans le domaine de la protection sociale en faveur des Français installés à l'étranger ;

6° De collecter, pour toutes les branches de la sécurité sociale, les données statistiques et financières sur la mise en œuvre des règlements et accords mentionnés au 1° et d'établir un rapport annuel ;

7° De procéder à la traduction des documents rédigés dans une langue étrangère qui leur sont adressés par les organismes français ;

8° D'accomplir, dans le domaine de la sécurité sociale, toutes autres tâches qui lui seraient confiées concernant les personnes visées par les règlements et accords mentionnés au 1° ainsi que la coopération technique avec les Etats étrangers.

Article R767-3

Les ministres de tutelle peuvent conclure avec le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale une convention d'objectifs et de gestion comportant les engagements réciproques des signataires.

Cette convention détermine les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont le centre dispose pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.

Elle précise :

1° Les objectifs liés à l'exécution des missions dévolues au centre ;

2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service rendu ;

3° Les objectifs d'amélioration de la productivité du centre ;

4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion.

Cette convention prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

Sous-section 2 : Organisation administrative

Article R767-4

I.-Le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est administré par un conseil d'administration qui comprend huit membres :

1° Le président, nommé pour une durée de trois ans renouvelable, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;

2° Un représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

3° Un représentant de la Caisse nationale des allocations familiales ;

4° Un représentant de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

5° Un représentant de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

6° Un représentant de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ;

7° Un représentant de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;

8° Un représentant de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

II.-Participant également aux séances du conseil d'administration avec voix consultative :

1° Un représentant du ministre des affaires étrangères ;

2° Un représentant du ministre chargé de l'agriculture ;

3° Un représentant du personnel du centre, élu pour trois ans dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III.-Les membres du conseil d'administration mentionnés aux 2° à 8° du I ci-dessus, ainsi que, pour chacun d'eux, un suppléant, sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable par délibération des conseils d'administration des organismes qu'ils représentent.

IV.-Les commissaires du Gouvernement, représentants du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, assistent aux séances du conseil d'administration et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Article R767-5

Le conseil d'administration détermine les orientations générales de l'activité de l'établissement.

Il délibère notamment sur :

1° Le budget et ses modifications, ainsi que le compte financier ;

2° Les conditions de mise en oeuvre des missions prévues à l'article R. 767-2 ;

3° Les objectifs pluriannuels qui peuvent prendre la forme d'une convention d'objectifs et de gestion ;

4° Le rapport annuel d'activité présenté par le directeur ;

5° L'acceptation des dons et legs.

Il est informé du rapport annuel prévu au 6° de l'article R. 767-2.

Article R767-6

Le conseil d'administration se réunit sur convocation de son président au moins une fois par an. La réunion est de droit à la demande du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé du budget. Ceux-ci peuvent demander l'inscription d'une question à l'ordre du jour.

Les délibérations du conseil sont prises à la majorité des membres présents ; en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires vingt jours après leur communication au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget, à moins que ceux-ci n'y fassent opposition dans ce délai. Les délibérations portant sur le budget et le compte financier sont exécutoires dans les conditions prévues par le titre III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. En cas d'urgence, le ministre chargé de la sécurité sociale peut autoriser l'exécution immédiate d'une délibération après accord du ministre chargé du budget.

Les délibérations du conseil d'administration portant sur les acquisitions, échanges et aliénations d'immeubles ne sont exécutoires qu'après approbation expresse par les ministres précités.

Le directeur du centre, le membre du corps du contrôle général économique et financier et l'agent comptable de l'établissement assistent aux séances du conseil d'administration avec voix consultative.

Article R767-7

Le centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est dirigé par un directeur.

Le directeur dirige l'établissement et exerce celles des compétences de celui-ci qui ne sont pas attribuées à une autre autorité par la présente section. A ce titre, notamment :

1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration auquel il rend compte de sa mission ;

2° Il prépare et exécute le budget ;

3° Il a autorité sur l'ensemble du personnel du centre. Il recrute le personnel contractuel et nomme à toutes les fonctions pour lesquelles aucune autre autorité n'a reçu pouvoir de nomination ;

4° Il est responsable du bon fonctionnement de l'établissement ;

5° Il est ordonnateur des dépenses et recettes ;

6° Il conclut au nom du centre les marchés publics et contrats ;

7° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

8° Il signe les autorisations découlant de l'application du 4° de l'article R. 767-2 (1).

Le directeur peut déléguer sa signature à ceux de ses collaborateurs qui exercent des fonctions de direction au sein de l'établissement pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par un agent de direction de l'établissement désigné préalablement à cet effet par le directeur.

Article R767-8

Le personnel du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale comporte :

- 1° Le directeur, nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;
- 2° Abrogé ;
- 3° L'agent comptable, nommé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- 4° Des fonctionnaires détachés de leur administration d'origine et des fonctionnaires du ministère chargé de la sécurité sociale affectés à l'établissement ;
- 5° Des agents contractuels répartis en plusieurs catégories selon les fonctions qu'ils exercent ;
- 6° Des agents de droits privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Sous-section 3 : Dispositions financières et comptables

Article R767-9

Le centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale est soumis aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Article R767-10

Les recettes du centre comprennent, notamment :

- 1° Les contributions annuelles supportées par les régimes français visés au dernier alinéa de l'article L. 767-1 dont les modalités de répartition entre les régimes sont fixées en fonction des charges induites par leurs demandes d'intervention au centre par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.
- 2° Les participations de l'Union européenne ainsi que toutes subventions liées aux missions du centre ;
- 3° Les frais de traduction versés par les organismes français de protection sociale ne participant pas au financement du budget du centre ;
- 4° Le produit d'actions de formation assurées par le centre au profit d'entités autres que les institutions françaises de sécurité sociale ;

5° Les dons, legs et libéralités.

Article R767-11

Les dépenses du centre comprennent les frais de personnel, et les charges de fonctionnement et d'équipement.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre préliminaire : Dispositions communes à toutes les allocations

Article R810-1

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande de liquidation ou de révision de l'une des allocations prévues au présent titre, à l'exception de celles concernant des personnes relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, vaut décision de rejet.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre 5 : Allocation de solidarité aux personnes âgées

Section 1 : Ouverture du droit et liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

Sous-section 1 : Conditions d'ouverture du droit à l'allocation

Article R815-1

L'âge mentionné à l'article L. 815-1 est fixé à soixante-cinq ans.

Il est abaissé à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 pour les personnes mentionnées au 1° ter et aux 2° à 5° de l'article L. 351-8.

Article R815-2

Les dispositions des sections 1 à 3 du présent chapitre s'appliquent aux assurés du régime de retraite des fonctionnaires de l'Etat sous les réserves prévues aux articles R. 815-10, R. 815-11, R. 815-32, R. 815-35, R. 815-41, R. 815-44, R. 815-52 et R. 815-54, lorsqu'ils ne bénéficient d'aucun autre avantage de vieillesse ou lorsque, en application des articles R. 815-7 à R. 815-9 et R. 815-12 à R. 815-14, la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées incombe à ce régime.

Article R815-2-1

En application de l'article L. 815-5 l'allocataire ne peut bénéficier de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1, avant la date d'entrée en jouissance qu'il a fixée, lors de sa demande de liquidation auprès des organismes redevables, pour l'ensemble des pensions personnelles et de réversion auxquelles il peut prétendre. Dans le cas où il ne remplit pas les conditions d'attribution d'une ou plusieurs de ses pensions à la date pour laquelle il demande le bénéfice de cette allocation, il en apporte la preuve par tous moyens. L'allocation est alors calculée sans tenir compte de ces pensions jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui au cours duquel ces conditions d'attribution sont remplies.

Sous-section 2 : Présentation des demandes et mission des organismes liquidateurs

Article R815-3

Pour l'application des dispositions de l'article L. 815-7, est considérée comme avantage de vieillesse de base toute prestation viagère résultant d'un droit personnel ou d'un droit dérivé, quelle que soit sa dénomination, servie par un régime obligatoire faisant appel à une contribution des travailleurs et instituée par une disposition législative ou réglementaire.

Article R815-4

La majoration pour conjoint à charge servie par un régime d'assurance vieillesse de salariés est considérée comme un avantage de vieillesse servi au conjoint à charge pour l'application du présent chapitre.

Si le droit personnel est liquidé à titre provisoire dans le cadre du dispositif de retraite progressive, la fraction de pension de vieillesse liquidée, la majoration pour conjoint à charge rattachée à cette fraction et la pension de réversion n'ouvrent pas droit au bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Article R815-5

Pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées instituée par l'article L. 815-1, l'intéressé doit souscrire une demande conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Des exemplaires de la demande sont mis à la disposition des intéressés par les organismes ou services de retraite de base mentionnés à l'article L. 815-7 et, s'agissant des personnes mentionnées au deuxième alinéa de cet article, par les mairies.

Article R815-6

Le demandeur titulaire d'un seul avantage de vieillesse adresse ou remet sa demande à l'organisme ou au service débiteur de cet avantage qui procède à la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Article R815-7

Le demandeur titulaire de plusieurs avantages de vieillesse adresse ou remet sa demande à l'organisme ou au service déterminé selon l'ordre de priorité suivant :

1° A la caisse de retraite de la mutualité sociale agricole lorsqu'il est titulaire d'une allocation ou retraite de vieillesse agricole des non-salariés et a la qualité d'exploitant agricole au jour de la demande ;

2° A la caisse de retraite du régime général des travailleurs salariés lorsque l'un des avantages dont il bénéficie est servi par cet organisme ;

3° A l'organisme ou au service débiteur de l'avantage de vieillesse dont le montant trimestriel est le plus élevé au jour de la demande parmi ceux dont il est titulaire.

L'organisme ou le service ainsi défini procède à la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Article R815-8

Par dérogation à l'article R. 815-6, lorsque le paiement des arrérages n'est pas opéré directement par l'organisme ou le service débiteur, la demande est adressée ou remise à l'organisme ou au service chargé du mandatement ou au comptable payeur de la pension qui transmet pour liquidation la demande à l'organisme ou au service débiteur.

Article R815-9

Lorsque le demandeur est titulaire d'un avantage de vieillesse dont l'organisme ou le service débiteur est situé en dehors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L. 751-1, la demande est transmise par le comptable payeur ou adressée directement pour liquidation à l'organisme ou au service désigné par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R815-10

Les assurés mentionnés à l'article R. 815-2 adressent ou remettent leur demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées au comptable payeur de leur pension. Celui-ci, après avoir vérifié et éventuellement complété la demande, la transmet au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances

publiques du département de la résidence du pensionné. Le directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques constitue le dossier de demande d'attribution en y joignant les pièces et les renseignements qu'il est en mesure de détenir sur la situation de l'assuré.

Le dossier ainsi constitué est transmis au préfet qui fait procéder aux enquêtes indispensables pour connaître l'ensemble des ressources de l'assuré.

Le préfet décide de l'attribution et du montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées auquel l'assuré peut prétendre.

Article R815-11

En ce qui concerne les assurés auxquels s'appliquent les dispositions du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat qui ne bénéficient d'aucun autre avantage de vieillesse ou pour lesquels la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées incombe à ces régimes en application des articles R. 815-7 à R. 815-9 et R. 815-12 à R. 815-14, les demandes d'allocation de solidarité aux personnes âgées pourront être instruites par les préfets dans les conditions fixées aux deux premiers alinéas de l'article R. 815-10.

Article R815-12

La demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées présentée par un demandeur non titulaire d'un avantage de vieillesse, mais ouvrant droit à une majoration pour conjoint à charge, peut être établie sur le formulaire de demande présenté par le titulaire de l'avantage de vieillesse.

Article R815-13

En cas de demandes séparées du titulaire d'un avantage de vieillesse et de son conjoint à charge, non titulaire lui-même d'un avantage de vieillesse, la demande du conjoint à charge est adressée ou remise à l'organisme ou service qui est ou serait compétent pour liquider l'allocation de solidarité aux personnes âgées rattachée à l'avantage de vieillesse.

Article R815-14

Le demandeur non encore titulaire d'un avantage de vieillesse adresse sa demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées à l'organisme ou au service compétent pour liquider l'avantage de vieillesse auquel il est susceptible de prétendre.

Lorsque le demandeur déjà titulaire d'un avantage de vieillesse demande simultanément, d'une part, la liquidation d'un deuxième avantage de vieillesse auquel il est susceptible de prétendre et, d'autre part, l'allocation de solidarité aux personnes âgées, la demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées est adressée ou remise à l'organisme ou au service compétent pour liquider le deuxième avantage de vieillesse qu'il sollicite.

Lorsqu'il demande simultanément la liquidation de deux avantages de vieillesse et l'allocation de solidarité aux personnes âgées, il ne peut formuler qu'une seule demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées, qu'il adresse ou remet à l'un des organismes ou services chargés de liquider ces avantages. Cet organisme ou service transmet, le cas échéant, cette demande à l'organisme ou au service compétent dans les conditions fixées à l'article R. 815-7.

Article R815-15

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 815-7 sont applicables :

1° Aux personnes n'appartenant pas et n'ayant pas appartenu à une catégorie professionnelle entrant dans le champ de l'affiliation obligatoire à un régime de retraite de base institué par une disposition législative ou réglementaire ;

2° Aux personnes qui ne bénéficient pas de leur propre chef ou du chef de leur conjoint d'un avantage de vieillesse auprès d'un tel régime, ni n'ouvrent droit à la majoration pour conjoint à charge ;

3° Aux veuves de guerre titulaires d'une pension servie au titre du premier alinéa de l'article L. 51 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, dès lors qu'elles ne relèvent ni d'une organisation autonome d'allocation vieillesse, ni d'un régime de vieillesse de sécurité sociale.

Le demandeur appartenant aux catégories mentionnées ci-dessus dépose sa demande d'allocation de solidarité aux personnes âgées auprès de la mairie de son lieu de résidence. Il produit une déclaration sur l'honneur, conforme au modèle mis à sa disposition par la Caisse des dépôts et consignations dans les mairies.

Article R815-16

L'exactitude des indications concernant l'état civil du demandeur et, le cas échéant, de son conjoint est attestée par le maire, qui adresse le dossier au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Article R815-17

L'organisme ou le service qui a été chargé, conformément aux articles précédents, de la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées reste compétent pour l'application des articles L. 815-1 et

suivants en ce qui concerne l'intéressé, quelles que soient les modifications survenues dans le montant ou le nombre des avantages de vieillesse dont il bénéficie.

Toutefois, en cas de suppression de l'avantage de vieillesse qui relève de l'organisme ou service liquidateur, le dossier de l'intéressé est, le cas échéant, transmis à un autre organisme ou service déterminé dans les conditions des articles R. 815-6 et suivants.

Sous-section 3 : Appréciation des ressources

Article R815-18

La personne qui sollicite le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est tenue de faire connaître à l'organisme ou au service chargé de la liquidation le montant des ressources, prises en compte dans les conditions fixées aux articles R. 815-22 à R. 815-25, dont elle, et le cas échéant son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dispose.

Article R815-19

L'organisme ou le service liquidateur procède, s'il y a lieu, à toute enquête ou recherche nécessaire et demande tout éclaircissement qu'il juge utile.

Article R815-20

Les organismes ou services mentionnés à l'article L. 815-7 peuvent mettre en demeure, sous les sanctions prévues à l'article R. 815-49, toute personne, institution ou organisme de leur faire connaître dans un délai d'un mois le montant des pensions, retraites, rentes viagères ou allocations viagères autres que les avantages de vieillesse mentionnés à l'article L. 815-7, tels qu'ils sont définis à l'article R. 815-4, qu'il est tenu de servir à une personne bénéficiant ou ayant demandé le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Article R815-21

Il n'est pas tenu compte de l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour l'application des plafonds de ressources institués pour les différents régimes mentionnés à l'article L. 621-2 et pour le calcul des avantages garantis par les régimes complémentaires mentionnés à l'article L. 921-1.

Article R815-22

Il est tenu compte, pour l'appréciation des ressources, de tous les avantages d'invalidité et de vieillesse dont bénéficie l'intéressé, des revenus professionnels et autres, y compris ceux des biens mobiliers et immobiliers et des biens dont il a fait donation au cours des dix années qui ont précédé la demande.

Toutefois, et indépendamment des ressources exclues par des dispositions particulières, il n'est pas tenu compte, le cas échéant, dans l'estimation des ressources, des éléments suivants :

- 1° La valeur des locaux d'habitation occupés à titre de résidence principale par l'intéressé et les membres de sa famille vivant à son foyer ;
- 2° La valeur des bâtiments de l'exploitation agricole ;
- 3° Les prestations familiales ;
- 4° L'indemnité de soins aux tuberculeux prévue par l'article L. 41 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- 5° La majoration spéciale prévue par l'article L. 52-2 du même code ;
- 6° La prestation complémentaire pour recours à tierce personne et les majorations accordées aux personnes dont l'état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne, lorsqu'elles sont allouées à ce titre en application de l'article L. 18 du même code ou en application des législations des accidents du travail, des assurances sociales et de l'aide sociale ;
- 7° L'allocation de compensation accordée aux aveugles et grands infirmes travailleurs et généralement les avantages en espèces dont les intéressés bénéficient au titre de l'aide sociale ;
- 8° La retraite du combattant ;
- 9° Les pensions attachées aux distinctions honorifiques ;
- 10° L'allocation de logement prévue à l'article L. 831-1 du présent code ;
- 11° Les allocations de reconnaissance mentionnées au I et au I bis de l'article 47 de la loi de finances rectificative pour 1999 n° 99-1173 du 30 décembre 1999 ;
- 12° La mesure de réparation prévue par le décret n° 2000-657 du 13 juillet 2000 instituant une mesure de réparation pour les orphelins dont les parents ont été victimes de persécutions antisémites.

Article R815-23

Les avantages en nature dont jouit, à quelque titre que ce soit, le bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ou la personne qui sollicite le bénéfice de cette allocation sont évalués forfaitairement à un montant égal à celui retenu pour l'évaluation de ces mêmes avantages pour le calcul des cotisations du régime général de sécurité sociale.

Toutefois, lorsque des avantages en nature sont dus en vertu d'une disposition législative ou réglementaire et peuvent être remplacés par une indemnité compensatrice, les avantages en nature dont jouit effectivement l'intéressé sont évalués forfaitairement au montant de l'indemnité compensatrice afférente à ces avantages.

Il n'est pas tenu compte des prestations en nature accordées au titre de l'aide sociale, de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité, ni des dépenses de soins couvertes par la famille en cas de maladie de l'intéressé, de son conjoint ou de ses enfants à charge.

Article R815-24

Lorsqu'il s'agit de salaires ou de gains assimilés à des salaires par la législation de sécurité sociale, les revenus professionnels sont appréciés d'après les règles suivies pour le calcul des cotisations d'assurances sociales.

Lorsqu'il s'agit d'autres revenus professionnels, ceux-ci sont appréciés comme en matière fiscale en faisant abstraction des exonérations, abattements et décotes et sans qu'il soit tenu compte de toute déduction ne correspondant pas à une charge réelle pour la période considérée.

Article R815-25

Les biens actuels mobiliers et immobiliers et ceux dont le demandeur a fait donation à ses descendants au cours des cinq années précédant la demande, à l'exception des biens mentionnés aux 1^o et 2^o de l'article R. 815-22, sont réputés lui procurer un revenu évalué à 3 % de leur valeur vénale fixée à la date de la demande, contradictoirement et, à défaut, à dire d'expert. Ce pourcentage est fixé à 1,5 % lorsque la donation est intervenue depuis plus de cinq ans mais moins de dix ans avant la demande.

Le demandeur qui a fait donation de biens mobiliers ou immobiliers à d'autres personnes que ses descendants au cours des dix années précédant la demande est réputé percevoir du donataire une rente viagère, calculée sur la valeur de ces biens à la date de la demande, admise par l'enregistrement, suivant les tables de mortalité et le taux d'actualisation de référence figurant dans l'arrêté pris pour l'application du dernier alinéa de l'article R. 931-10-17.

Article R815-26

En ce qui concerne les veuves de guerre titulaires d'une pension servie au titre du premier alinéa de l'article L. 51 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, le plafond de ressources pour

l'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est égal au montant de la pension de veuve de soldat au taux spécial, augmenté du montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Article R815-27

Le calcul des ressources des époux, quel que soit leur régime matrimonial, des concubins ou des partenaires liés par un pacte civil de solidarité est effectué en totalisant leurs ressources, sans distinction entre les biens communs ou les biens propres des conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Toutefois, pour les conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité, séparés de fait avec résidence distincte et pour les personnes séparées de corps, les ressources sont appréciées comme pour les célibataires.

Article R815-28

Dans le cas où les deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité, peuvent l'un et l'autre prétendre à l'allocation de solidarité aux personnes âgées, la réduction opérée, le cas échéant, en application de l'article L. 815-9 porte pour moitié sur l'allocation de chacun des deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article R815-29

Les ressources à prendre en considération sont celles afférentes à la période de trois mois précédant la date d'entrée en jouissance de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Le montant de ces ressources ne doit pas dépasser le quart des plafonds fixés par le décret prévu à l'article L. 815-9.

En ce qui concerne les avantages viagers, il est tenu compte du montant théorique des arrérages dus au cours de ces trois mois, abstraction faite des rappels effectivement payés au cours de ceux-ci.

Lorsque le foyer est constitué d'une seule personne, les revenus professionnels du demandeur ou bénéficiaire pris en compte font l'objet d'un abattement forfaitaire égal à 0,9 fois la valeur de la rémunération mensuelle minimale mentionnée à l'article L. 3232-3 du code du travail, en vigueur au 1er janvier de l'année. Cet abattement est égal à 1,5 fois la valeur de la rémunération mensuelle minimale et porte sur les revenus professionnels du foyer lorsque le ou les demandeurs ou allocataires sont mariés, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Si le montant des ressources ainsi évaluées dépasse le quart des plafonds fixés par le décret prévu à l'article L. 815-9, l'allocation est néanmoins servie lorsque l'intéressé justifie qu'au cours de la période de douze mois précédant la date d'entrée en jouissance le montant de ses ressources a été inférieur à ces plafonds. Pour

l'application du présent alinéa, le montant annuel des avantages viagers est déterminé d'après la valeur en vigueur à la date d'entrée en jouissance.

S'il y a lieu, l'allocation est réduite dans les conditions prévues à l'article L. 815-9 et à l'article R. 815-28.

Sous-section 4 : Service de l'allocation

Article R815-30

Au vu des déclarations souscrites par le demandeur et compte tenu des renseignements recueillis, l'organisme ou le service liquidateur détermine le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées auquel l'intéressé a droit, compte non tenu de l'aide que lui apportent ou sont susceptibles de lui apporter les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Article R815-31

Lorsque le demandeur âgé de moins de soixante-cinq ans est titulaire d'un avantage de vieillesse pour la liquidation duquel il n'a pas été nécessaire de faire connaître son inaptitude au travail, l'organisme ou le service liquidateur détermine si, compte tenu de l'article L. 351-7 et, le cas échéant, de l'article R. 351-21, l'intéressé est inapte au travail.

Dans ce cas, les pièces justificatives mentionnées à l'article R. 351-22 sont jointes à la demande. La caisse compétente procède, s'il y a lieu, à toute enquête ou recherche nécessaire et demande tout éclaircissement qu'elle juge utile.

Lorsque le demandeur relève du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 815-7 et de l'article R. 815-15, ce service communique le dossier à la caisse du régime général chargée de la gestion du risque vieillesse dans le ressort de laquelle réside le demandeur. La demande est alors instruite par la caisse conformément aux dispositions des articles L. 351-7 et R. 351-21. La caisse renvoie, avec un avis motivé, le dossier au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

L'organisme ou service liquidateur notifie sa décision à l'intéressé. En cas de rejet, la notification est faite par lettre recommandée.

Article R815-32

Pour les assurés mentionnés aux articles R. 815-2 et R. 815-11, l'inaptitude au travail est appréciée par les commissions de réforme, prévues respectivement à l'article L. 31 du code des pensions civiles et militaires de retraite, à l'article 31 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des

fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et à l'article 23 du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

La décision de la commission de réforme est notifiée aux intéressés par le préfet.

Article R815-33

La date de l'entrée en jouissance de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est fixée, sans pouvoir être antérieure au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande :

1° A la date d'entrée en jouissance de l'avantage de vieillesse de l'intéressé si celle-ci est postérieure à son soixante-cinquième anniversaire ;

2° Au premier jour du mois qui suit le soixante-cinquième anniversaire de l'intéressé si ce dernier jouissait déjà à cette date d'un avantage de vieillesse ;

3° Au premier jour du mois qui suit leur soixantième anniversaire, pour les personnes mentionnées à l'article R. 815-15.

Pour les personnes mentionnées au second alinéa de l'article R. 815-1, les mêmes règles s'appliquent, compte tenu de la date à laquelle elles ont été reconnues inaptes au travail ou sont entrées en jouissance d'un avantage de vieillesse entre l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 et leur soixante-cinquième anniversaire.

Article R815-34

L'organisme ou le service liquidateur notifie au demandeur sa décision d'attribution ou de rejet, motivé, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

La notification attributive de l'allocation de solidarité aux personnes âgées par l'organisme ou service liquidateur constitue titre pour le bénéficiaire. Un arrêté du ministre intéressé fixe le modèle de cette notification.

Les décisions de révision, de suspension, de suppression ou de rétablissement du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont notifiées par l'organisme ou le service liquidateur selon les mêmes modalités.

Article R815-35

Le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées attribuée aux bénéficiaires mentionnés à l'article R. 815-2 est notifié par le préfet au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques assignataire de la pension.

Cette notification fait apparaître la nature et le montant des ressources considérées pour l'attribution de l'allocation.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées s'ajoute au montant de la pension inscrite au grand-livre de la dette publique et suit les mêmes règles de paiement que celle-ci.

Article R815-36

Les services ou organismes débiteurs de l'allocation de solidarité aux personnes âgées en assurent le paiement à terme échu aux échéances de l'avantage de vieillesse dont jouit le bénéficiaire.

Pour les personnes mentionnées à l'article R. 815-15, l'allocation est payée par le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées à terme échu le premier jour de chaque mois.

Article R815-37

Les arrérages de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont payés dans les mêmes formes et conditions que ceux de l'avantage de vieillesse dont l'organisme ou le service liquidateur est débiteur.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées allouée au conjoint à charge est payée dans les mêmes formes et conditions que la majoration pour conjoint à charge.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées allouée aux personnes mentionnées à l'article R. 815-15 est payée selon la formule choisie par le bénéficiaire soit par virement à un compte ouvert au nom du bénéficiaire ou de son représentant légal dans un centre de chèques postaux, dans une banque, dans une caisse d'épargne ou chez un comptable de la direction générale des finances publiques, soit par lettre-chèque.

Les frais de paiement des arrérages sont à la charge de l'organisme ou du service débiteur de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Dans le cas où l'allocataire ne jouit pas de sa capacité civile, le paiement est effectué, après justification de l'existence de l'allocataire, à son représentant légal.

Article R815-38

Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont tenus de déclarer à l'organisme ou au service qui leur sert cette allocation tout changement survenu dans leurs ressources, leur situation familiale ou leur résidence.

Article R815-39

Les organismes et services mentionnés à l'article L. 815-7 peuvent procéder, à tout moment, à la vérification des ressources, de la résidence ou de la situation familiale des demandeurs ou au contrôle des ressources, de la résidence ou de la situation familiale des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Ces organismes et services peuvent passer convention entre eux pour utiliser le concours de leurs agents agréés en vue de ces vérifications ou contrôles.

Article R815-40

Indépendamment des cas mentionnés à l'article R. 815-2, le préfet, de sa propre initiative ou à la demande du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, fait procéder à toute enquête sur les ressources, la résidence ou la situation familiale des intéressés. Il transmet, le cas échéant, le résultat de cette enquête au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Article R815-41

Pour les personnes mentionnées à l'article R. 815-2, les droits du bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées peuvent être révisés par le préfet.

En cas de modification du montant de la pension susceptible d'entraîner la modification du montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, le directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques assignataire de la pension peut suspendre provisoirement, pour tout ou partie, le paiement de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Il saisit alors immédiatement le préfet qui a attribué l'allocation en vue de la révision des droits du bénéficiaire.

Article R815-42

En cas de variation dans le montant des ressources, la révision, la suspension ou le rétablissement de l'allocation de solidarité aux personnes âgées prend effet à compter du premier jour du terme d'arrérages suivant la période de trois mois au cours de laquelle il a été constaté que les ressources sont devenues supérieures ou inférieures au quart des plafonds fixés par le décret prévu à l'article L. 815-9.

En cas de modification du montant d'un avantage viager, il est fait état du nouveau montant, quelle que soit la date de sa mise en paiement, à compter du premier jour du terme d'arrérages suivant la date à laquelle la modification du montant de l'avantage viager aurait dû intervenir.

Pour l'application des dispositions qui précèdent, les ressources dont les échéances sont éloignées de plus d'un trimestre sont prises en considération pour la fraction de leur montant correspondant à un trimestre.

Lorsque l'intéressé justifie qu'au cours d'une période de douze mois précédant le premier jour d'un terme d'arrérages de l'allocation de solidarité aux personnes âgées dont le service a été suspendu en application du présent article, le montant de ses ressources n'a pas atteint les plafonds, l'allocation de solidarité aux personnes âgées peut être rétablie rétroactivement dans la mesure où la prise en considération des ressources pendant une période de douze mois aurait été plus favorable à l'intéressé. Pour l'application du présent alinéa, le montant annuel des avantages viagers est déterminé d'après la valeur en vigueur à la date du rétablissement.

Article R815-43

Dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 815-11, les organismes ou services mentionnés à l'article L. 815-7 peuvent opérer d'office et sans formalité des retenues sur les arrérages de l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour le recouvrement des sommes payées indûment à l'allocataire.

Ces retenues ne peuvent excéder la fraction saisissable, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 815-10.

Article R815-44

Lorsque les arrérages versés aux bénéficiaires mentionnés à l'article R. 815-2 sont sujets à répétition, le recouvrement en est effectué par voie d'état exécutoire, dans les conditions fixées par les articles 112 à 124 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, sauf application des dispositions de l'article L. 815-13.

Article R815-45

Les dispositions qui régissent l'avantage de vieillesse payé par l'organisme ou le service liquidateur s'appliquent à l'allocation de solidarité aux personnes âgées en cas de décès du titulaire.

Pour les personnes mentionnées à l'article R. 815-15, l'allocation est servie jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu.

Section 2 : Recouvrement sur les successions

Article R815-46

L'organisme ou le service mentionné à l'article L. 815-7 a la faculté de requérir, dans les conditions prévues à l'article 2428 du code civil et 55 du décret n° 55-1350 du 14 octobre 1955 modifié, l'inscription au fichier immobilier d'une hypothèque grevant les biens des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour sûreté de la créance éventuelle résultant des sommes versées au titre de l'allocation.

Les bordereaux d'inscription mentionnent une évaluation du montant des prestations qui seront allouées au bénéficiaire.

Lorsque les allocations servies dépassent l'évaluation figurant au bordereau d'inscription primitif, l'organisme ou le service mentionné à l'article L. 815-7 a la faculté de requérir une nouvelle inscription d'hypothèque.

Article R815-47

Pour l'application des dispositions des articles L. 815-13 et R. 815-46, l'organisme ou le service mentionné à l'article L. 815-7 détermine, au vu des déclarations des intéressés ou après enquête, ceux des bénéficiaires qui possèdent des biens immobiliers d'une valeur supérieure au seuil fixé par le décret prévu au deuxième alinéa de l'article L. 815-13.

L'inscription prévue à l'article R. 815-46 ne peut être prise que si l'allocataire possède des biens immobiliers d'une valeur égale ou supérieure à ce montant, cette valeur étant appréciée au jour de l'inscription.

Dans le cas où l'allocataire est propriétaire de plusieurs immeubles, l'inscription peut n'être prise que sur l'un ou certains d'entre eux, même si la valeur de chacun d'eux est inférieure au montant prévu au deuxième alinéa du présent article.

Article R815-48

La mainlevée des inscriptions prises en conformité avec les articles R. 815-46 et R. 815-47 intervient au vu des pièces justificatives soit du remboursement de la créance, soit d'une remise accordée par l'organisme ou le service liquidateur.

Section 3 : Contentieux et pénalités

Article R815-49

Toute personne, institution ou organisme tenu à déclaration en application des articles L. 815-18 et R. 815-20 et, dans le cas où la déclaration incombe à une personne morale, la ou les personnes chargées de son administration ou de sa direction sont passibles d'une amende prévue pour les contraventions de 4e classe par titulaire d'un avantage de vieillesse pour lequel la déclaration n'a pas été fournie.

Article R815-50

Les dispositions des articles R. 142-1 à R. 142-6 sont applicables aux contestations relatives à l'attribution, à la suspension, à la révision et à la récupération sur successions de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Pour les personnes mentionnées à l'article R. 815-15, un recours gracieux contre les décisions prises par le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées peut être formé auprès du directeur général de la Caisse des dépôts et consignations. En cas de rejet du recours ou à défaut de réponse dans un délai d'un mois, le requérant dispose des voies de recours prévues par les articles L. 142-1 et suivants.

Article R815-51

Le ministre chargé de la sécurité sociale est recevable à intervenir devant toutes les juridictions et en tout état de la procédure dans toutes les affaires relatives à l'application du présent chapitre.

Article R815-52

Dans le cas des assurés du régime de retraite des fonctionnaires de l'Etat mentionnés à l'article R. 815-2, l'agent judiciaire de l'Etat est seul qualifié, en application de l'article 38 de la loi n° 55-366 du 3 avril 1955, pour intervenir devant les juridictions compétentes dans toutes les affaires relatives à l'attribution, à la suspension, à la révision et à la récupération sur successions de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Article R815-53

Dans le cas mentionné à l'article R. 815-9, l'organisme ou le service désigné dans les conditions fixées à cet article est substitué à l'organisme ou au service débiteur de l'avantage de vieillesse dont l'intéressé est titulaire pour tout ce qui concerne les contestations relatives à l'attribution, à la suspension, à la révision, à la récupération sur successions de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et à la reconnaissance de l'inaptitude au travail.

Article R815-54

Le recours ouvert en application des articles L. 815-15, R. 815-50 et R. 815-51 aux titulaires d'une pension attribuée au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite devant les juridictions prévues par les articles L. 142-1 et suivants du présent code est strictement limité aux contestations concernant l'allocation de solidarité aux personnes âgées et ne saurait en aucun cas être étendu aux contestations d'attribution ou à la qualification de la pension principale.

La présente disposition s'applique également dans le cas des régimes de retraite mentionnés à l'article R. 815-11.

Section 4 : Dispositions administratives

Article R815-55

Le ministre chargé de la sécurité sociale contrôle l'application des articles L. 815-1 et suivants.

Sous réserve des dispositions des articles R. 815-56 et R. 815-57, le contrôle sur place de l'exécution des articles L. 815-1 et suivants est assuré par l'inspection générale des affaires sociales et par le service mentionné à l'article R. 155-1.

Article R815-56

Le ministre chargé de l'agriculture contrôle l'application des articles L. 815-1 et suivants en ce qui concerne les personnes auxquelles le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées prévue par le présent chapitre est assuré par les organismes de mutualité sociale agricole.

Article R815-57

Le ministre chargé du budget contrôle l'application des articles L. 815-1 et suivants en ce qui concerne les avantages servis par les régimes mentionnés aux articles R. 815-2 et R. 815-11.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre 5 bis : Allocation supplémentaire d'invalidité

Article R815-58

L'invalidité générale mentionnée à l'article L. 815-24 doit réduire au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain du demandeur.

Pour les assurés mentionnés aux articles R. 815-2 et R. 815-11, le taux d'invalidité est celui fixé au premier alinéa de l'article L. 30 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Article R815-58-1

Le fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 est administré par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R815-59

Le comité du fonds spécial d'invalidité est composé comme suit :

1° Le directeur de la sécurité sociale, président ;

2° Un représentant du régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés, désigné par le conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés parmi ses membres représentants des salariés ;

3° Deux représentants des régimes des assurances sociales des travailleurs salariés et non salariés des professions agricoles, désignés parmi ses membres par le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;

4° Un représentant des régimes spéciaux des travailleurs salariés, désigné par le conseil d'administration de la caisse autonome de la sécurité sociale dans les mines parmi ses membres représentants des salariés ;

5° Un représentant du régime d'assurance vieillesse et invalidité des professions artisanales, désigné parmi ses membres par le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

6° Un représentant du régime d'assurance vieillesse et invalidité des professions industrielles et commerciales, désigné parmi ses membres par le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

7° Le directeur du budget ou son représentant ;

8° Le directeur chargé de la protection sociale au ministère de l'agriculture ou son représentant ;

9° Le directeur de l'action sociale ou son représentant.

Le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations ou son représentant assiste aux séances du comité.

Les représentants des régimes d'assurance invalidité sont désignés pour cinq ans. Il est procédé dans les mêmes conditions à la désignation de membres suppléants.

Le mandat des représentants et des suppléants est renouvelable. Il cesse lorsqu'ils perdent la qualité en vertu de laquelle ils ont été désignés. Leurs remplaçants sont nommés pour la durée du mandat restant à courir.

Article R815-60

Le comité du fonds spécial d'invalidité élit dans son sein un vice-président. Son secrétariat est assuré par la Caisse des dépôts et consignations.

Le comité émet un avis sur toutes les questions intéressant le fonctionnement du fonds spécial d'invalidité dont il est saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Toutefois, il est obligatoirement consulté sur les conditions dans lesquelles doit s'exercer le contrôle de l'application du présent chapitre à l'égard des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire prévue à l'article L. 815-24.

Il délibère sur le rapport annuel établi par la Caisse des dépôts et consignations sur les opérations du fonds spécial d'invalidité.

Article R815-61

La Caisse des dépôts et consignations, chargée de la gestion financière du fonds spécial d'invalidité, a notamment pour rôle :

1°) d'établir des propositions en vue de déterminer le montant des subventions forfaitaires à allouer aux organismes et services mentionnés à l'article L. 815-27 qui sont débiteurs d'un avantage mentionné à l'article L. 815-24 ;

2°) d'assurer, au profit de ces organismes et services, le règlement des subventions forfaitaires ainsi que des avances qui peuvent leur être consenties en exécution de l'article L. 815-20 ;

3°) d'assurer la gestion des fonds qui lui sont confiés au titre du fonds spécial d'invalidité.

Article R815-62

La Caisse des dépôts et consignations ouvre dans ses écritures un compte particulier où elle enregistre les opérations de recettes et de dépenses du fonds spécial d'invalidité. Les disponibilités de ce compte sont déposées au Trésor par la Caisse des dépôts et consignations en compte courant sans intérêts.

Le fonds n'est pas soumis aux dispositions du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Article R815-63

Les recettes du fonds spécial d'invalidité sont les suivantes :

1°) le montant des sommes affectées au fonds spécial d'invalidité ;

2°) les recettes diverses et accidentelles ;

3°) les dons et legs.

Les dépenses du fonds spécial d'invalidité sont les suivantes :

1°) le montant des subventions forfaitaires réglées aux organismes et services mentionnés à l'article L. 815-27 et qui sont débiteurs d'un avantage mentionné à l'article L. 815-24 sur lesquelles s'imputeront, le cas échéant, les avances consenties ;

2°) les dépenses exposées par les services d'aide sociale mentionnées à l'article R. 815-76 ;

3°) les frais de fonctionnement du fonds spécial d'invalidité ;

4°) les frais de contentieux ;

5°) le forfait postal ;

6°) les dépenses diverses et accidentelles.

Article R815-64

Au cours du quatrième trimestre de chaque année et sauf en ce qui concerne les régimes mentionnés aux articles R. 815-2, R. 815-11 et R. 815-73 et le régime général de sécurité sociale, chacun des organismes et services mentionnés à l'article L. 815-27 débiteurs d'un avantage mentionné à l'article L. 815-24 adresse à la Caisse des dépôts et consignations un état indiquant ;

1°) le nombre total des prestations d'invalidité servies au 1er juillet précédent ;

2°) le nombre des allocations supplémentaires servies à la même date.

L'état susmentionné est signé par le directeur de l'organisme ou service.

Article R815-65

Chaque trimestre, chacun des organismes ou services mentionnés à l'article précédent fait connaître à la Caisse des dépôts et consignations le montant total des arrérages effectivement payés pendant le trimestre précédent au titre de l'allocation supplémentaire.

Ces renseignements doivent faire l'objet d'états dûment arrêtés et signés par le directeur de l'organisme ou service.

En ce qui concerne le régime des salariés agricoles et les régimes des non-salariés, les états prévus à l'article R. 815-64 et au premier alinéa du présent article sont fournis respectivement par la caisse centrale de secours mutuels agricoles et par les caisses nationales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 621-2.

Article R815-66

Le montant de la subvention forfaitaire annuelle due à chaque organisme ou service en exécution de l'article L. 815-19 est déterminé à partir des éléments prévus au 1° de l'article R. 815-64 et du montant total des arrérages payés par chacun desdits organismes ou services au cours de l'année précédente en application du présent chapitre.

Article R815-67

Au cours du premier trimestre de chaque année, la Caisse des dépôts et consignations établit, dans les conditions indiquées ci-après, les propositions de subventions forfaitaires se rapportant à l'année en cours.

Elle détermine, pour chaque organisme et service, le montant de la subvention forfaitaire par titulaire de prestations d'invalidité. Ce montant est égal au quotient du montant des arrérages payés par les organismes et services au cours de l'année précédente du fait de l'application du présent chapitre par le nombre total des bénéficiaires de prestations d'invalidité.

Elle propose, pour chaque organisme ou service, une subvention forfaitaire dont le montant est, en application de l'article L. 815-19, au plus égal au produit majoré de 5 % du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité par le montant unitaire de la subvention affecté, le cas échéant, d'un coefficient destiné à tenir compte de l'évolution des charges imposées aux organismes et services pendant l'année en cours.

Le montant des subventions est fixé par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R815-68

En application de l'article L. 815-19, des acomptes sur subventions sont versés aux organismes et services au cours de chaque trimestre civil.

Le montant total des acomptes sur subventions versés au cours d'un trimestre ne peut excéder le quart de la subvention forfaitaire annuelle fixée pour l'année en cours ou, si celle-ci n'a pas encore été déterminée, le quart de la subvention forfaitaire annuelle de l'année précédente.

Article R815-69

La Caisse des dépôts et consignations détermine, pour chaque organisme et service, le montant des excédents de subvention par rapport aux arrérages payés ainsi que la fraction de ces excédents qui est susceptible de

rester à la disposition desdits organismes ou services. Cette fraction ne peut dépasser, pour chaque service ou organisme, le vingtième du montant total des arrérages payés.

Au cas où la subvention forfaitaire allouée est insuffisante pour couvrir ces charges, il est procédé, par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale, à un réajustement du montant de la subvention, ce montant ne pouvant, en aucun cas, excéder celui des arrérages majoré de 5 %.

Article R815-70

Le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations peut demander aux ministres et aux secrétaires d'Etat chargés de la tutelle des organismes et services mentionnés à l'article L. 815-27 débiteurs d'un avantage mentionné à l'article L. 815-24 de faire effectuer tout contrôle des renseignements fournis en application des articles R. 815-64, R. 815-65 et R. 815-73.

Article R815-71

Les excédents de subventions forfaitaires qui ne peuvent être laissés à la disposition des organismes et services peuvent être imputés sur le montant des subventions allouées au titre de l'année suivante.

Article R815-72

Les subventions forfaitaires prévues à l'article R. 815-66 couvrent, pour chacun des organismes ou services, les arrérages payés en application du présent chapitre, y compris les frais de gestion et les dépenses de contentieux.

Article R815-73

Les organismes ou services ayant assuré au 1er juillet précédant l'année en cours le service d'un nombre d'allocations supplémentaires inférieur ou égal à mille reçoivent, sur justifications comptables, du fonds spécial d'invalidité une subvention annuelle égale au montant, majoré de 5 %, des dépenses supportées du fait de l'application du présent chapitre.

Article R815-74

Les dépenses supportées par la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, par le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat et par la caisse de retraites de

l'imprimerie nationale du fait de l'application de l'article L. 815-24 font l'objet d'un remboursement par le budget général.

Article R815-75

Les allocations versées par le budget des affaires sociales en application du présent chapitre sont payées, sans ordonnancement préalable, pour le compte du directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques du département de la résidence du comptable payeur. Les dépenses correspondantes sont ensuite centralisées et vérifiées par le directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques.

Les dépenses supportées par le budget des affaires sociales du fait de l'application du présent chapitre sont couvertes au moyen des crédits transférés du budget du ministère chargé du budget (charges communes).

Article R815-76

La date de l'entrée en jouissance de l'allocation supplémentaire d'invalidité est fixée, sans pouvoir être antérieure au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande, à la date d'entrée en jouissance de l'avantage de vieillesse ou d'invalidité de l'intéressé.

Article R815-77

Le demandeur titulaire de plusieurs avantages de vieillesse et d'invalidité adresse ou remet sa demande à l'organisme ou au service déterminé selon l'ordre de priorité suivant :

1° A la caisse régionale de sécurité sociale du régime des salariés s'il est titulaire d'une pension d'invalidité du régime général des professions non agricoles ;

2° A l'organisme ou au service débiteur de l'avantage de vieillesse ou d'invalidité dont le montant trimestriel est le plus élevé au jour de la demande parmi ceux dont il est titulaire.

L'organisme ou le service ainsi défini procède à la liquidation de l'allocation supplémentaire d'invalidité.

Article R815-78

Les dispositions des articles R. 815-2 et R. 815-3, du second alinéa de l'article R. 815-4, du premier alinéa de l'article R. 815-5 des articles R. 815-6, R. 815-8 à R. 815-11, R. 815-17 à R. 815-30, R. 815-34 et R. 815-35, du premier alinéa de l'article R. 815-36, des premier, quatrième et dernier alinéas de l'article R. 815-37, des

articles R. 815-38 à R. 815-44, du premier alinéa de l'article R. 815-45, des articles R. 815-46 à R. 815-49, du premier alinéa de l'article R. 815-50 et des articles R. 815-51 à R. 815-57 sont applicables au service, au contentieux et aux pénalités afférents à l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article L. 815-24, sous réserve des adaptations suivantes :

1° Les mots : " allocation de solidarité aux personnes âgées " sont remplacés par les mots : " allocation supplémentaire d'invalidité " ;

2° Les mots : " avantage de vieillesse " et les mots : " avantages de vieillesse " sont remplacés respectivement par les mots : " avantage de vieillesse ou d'invalidité " et les mots : " avantages de vieillesse ou d'invalidité " ;

3° Les mots : " fonds de solidarité vieillesse " sont remplacés par les mots : " fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 " ;

4° Les références aux articles L. 815-1 et L. 815-7 sont remplacées par la référence à l'article L. 815-24 ;

5° La référence à l'article L. 815-13 est remplacée par la référence à l'article L. 815-28 ;

6° La référence à l'article L. 815-9 est remplacée par la référence à l'article L. 815-24-1.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre 6 : Dispositions diverses.

Article R816-1

L'allocation de logement n'est pas prise en compte pour l'appréciation de la condition de ressources en vue de l'attribution d'un avantage de vieillesse non contributif ou d'une prestation d'aide sociale.

Article R816-2

Lorsque le bénéfice d'avantages d'invalidité, ou de vieillesse mentionnés aux articles L. 815-1 et L. 815-24 est subordonné soit à une condition de ressources, soit à une condition de limitation ou d'interdiction de cumul avec d'autres prestations ou d'autres ressources, les prestations et les ressources d'origine étrangère ou versées par une organisation internationale sont prises en compte pour l'appréciation de ces conditions.

Article R816-3

Pour l'application du présent titre, la condition de résidence est appréciée dans les conditions fixées à l'article R. 111-2.

Les organismes et services débiteurs des allocations mentionnées au présent titre organisent annuellement un contrôle de l'effectivité de la résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, opéré par rapprochement avec les vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 2 : Allocation aux adultes handicapés.

Article R821-1

Est regardé comme ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour l'application des articles L. 821-1 et suivants tout enfant âgé d'au moins seize ans qui cesse de réunir les conditions exigées pour ouvrir droit aux allocations familiales.

Est considérée comme résidant sur le territoire métropolitain ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 ou à Saint-Pierre-et-Miquelon la personne handicapée qui y réside de façon permanente. Est également réputée y résider la personne handicapée qui accomplit hors de ces territoires :

- soit un ou plusieurs séjours dont la durée n'excède pas trois mois au cours de l'année civile. En cas de séjour de plus de trois mois hors de ces territoires, soit de date à date, soit sur une année civile, l'allocation aux adultes handicapés n'est versée, dans les conditions précisées à l'article L. 552-1, que pour les seuls mois civils complets de présence sur ces territoires ;

- soit un séjour de plus longue durée lorsqu'il est justifié, dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 512-1, que le séjour est nécessaire pour lui permettre soit de poursuivre ses études, soit d'apprendre une langue étrangère, soit de parfaire sa formation professionnelle.

Article R821-2

La demande d'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources mentionné à l'article L. 821-1-1, accompagnée de toutes les pièces justificatives utiles, est adressée à la maison départementale des personnes handicapées compétente dans les conditions prévues à l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles.

La maison départementale des personnes handicapées transmet, sans délai, un exemplaire du dossier de demande à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, mentionnée à l'article L.

146-9 du code de l'action sociale et des familles et à l'organisme débiteur en vue de l'examen des conditions relevant de leur compétence.

Au vu de la décision de la commission et après avoir vérifié que le demandeur remplit les conditions administratives et financières exigées, l'organisme débiteur prend la décision de liquidation des prestations. Le silence gardé pendant plus d'un mois par l'organisme débiteur, à compter de la date de la décision de la commission relative à une demande d'allocation aux adultes handicapés et de complément de ressources, vaut décision de rejet.

En cas de changement d'organisme débiteur de l'allocation et du complément de ressources, la décision de la commission territorialement compétente en premier lieu s'impose sans qu'il soit nécessaire de renouveler la procédure.

Article R821-3

Le modèle de la demande et la liste des pièces justificatives sont fixés par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées.

Article R821-4

Lorsque le demandeur ou le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés ne perçoit pas de revenu d'activité professionnelle ou est admis dans un établissement ou un service d'aide par le travail mentionnés à l'article L. 344-2 du code de l'action sociale et des familles, la condition de ressources prévue à l'article L. 821-3 s'applique conformément aux dispositions du présent article.

II.-La condition de ressources s'apprécie au regard des revenus perçus au cours de l'année civile de référence mentionnée à l'article R. 532-3.

Les revenus pris en compte sont ceux définis aux articles R. 532-3 à R. 532-7, sous réserve de l'application des articles R. 821-4-3, R. 821-4-4, D. 821-9 et D. 821-10, ainsi que des dispositions suivantes :

1° Ne sont pas pris en compte les revenus appartenant aux catégories suivantes :

- a) Les rentes viagères mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article 199 septies du code général des impôts lorsqu'elles ont été constituées en faveur d'une personne handicapée ou, dans la limite d'un montant fixé par décret, lorsqu'elles ont été constituées par une personne handicapée pour elle-même ;
- b) Le salaire perçu en application du deuxième alinéa de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles par le conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- c) La prime d'intéressement à l'excédent d'exploitation versée à une personne handicapée admise dans un établissement ou service d'aide par le travail mentionnée à l'article R. 243-6 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Il est appliqué un abattement de 20 % aux pensions et rentes viagères à titre gratuit perçues par l'allocataire ainsi qu'aux revenus perçus par le conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de

solidarité qui n'est pas allocataire de l'allocation aux adultes handicapés, lorsque ces revenus relèvent des catégories suivantes :

- a) Les revenus d'activités commerciales, artisanales, libérales ou agricoles ;
- b) Les traitements et les salaires, les pensions, les rentes viagères à titre gratuit et les rémunérations des gérants et associés de sociétés mentionnées à l'article 62 du code général des impôts ;
- c) Les bénéficiaires agricoles soumis à l'évaluation forfaitaire prévue aux articles 64 et suivants du code général des impôts ;
- d) La rémunération garantie mentionnée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles ;

3° L'abattement prévu à l'article 157 bis du code général des impôts en faveur des personnes âgées ou invalides n'est pas applicable aux revenus d'activité professionnelle perçus par l'allocataire.

III.-Les ressources déterminées conformément au II sont prises en compte pour déterminer le droit à l'allocation servie au titre de chaque période de douze mois commençant le 1er janvier, sous réserve de l'application des articles R. 532-4 à R. 532-7, R. 821-4-3, R. 821-4-4, D. 821-9 et D. 821-10, ainsi que, en cas de modification de la situation familiale en cours de période de paiement, des dispositions prévues à l'article L. 552-1.

Article R821-4-1

I.-Lorsque le demandeur ou le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés perçoit, au jour du dépôt de la demande ou en cours de service, des revenus d'activité professionnelle, la condition de ressources prévue à l'article L. 821-3 s'applique conformément aux dispositions du présent article.

II.-La condition de ressources s'apprécie au regard des revenus perçus au cours du trimestre de référence. Le trimestre de référence correspond aux trois mois civils précédant la période de droits définie au III.

Les revenus pris en compte sont ceux définis au II de l'article R. 821-4, sous réserve des alinéas suivants :

1° Pour l'application des articles R. 532-3 à R. 532-7 et du 3° du II de l'article R. 821-4, le trimestre de référence mentionné ci-dessus se substitue à l'année civile de référence ;

2° Pour l'application du dixième alinéa de l'article R. 532-3, il est tenu compte des derniers revenus d'activité professionnelle connus de manière proportionnelle à la période de référence considérée ;

3° L'abattement mentionné à l'article R. 532-5 s'applique jusqu'à la fin de la période de paiement en cours et, si le changement de situation intervient au cours des deuxième ou troisième mois du trimestre de référence, jusqu'à la fin de la période de paiement suivante ;

4° L'abattement mentionné à l'article R. 532-6 n'est pas applicable ;

5° Les abattements, déductions ou majorations appliqués pour déterminer le revenu de l'année civile de référence mentionné à l'article R. 821-4 et dont les montants sont exprimés en euros dans les textes qui les instituent sont affectés d'un coefficient de 0,25. Lorsque ces montants sont indexés sur un indice dont la valeur n'est pas connue au dernier jour du trimestre de référence, ils sont revalorisés conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation hors tabac figurant dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances.

III.-Les ressources déterminées conformément au II sont prises en compte pour déterminer le droit à l'allocation servie au titre de chaque période successive de trois mois civils faisant suite au dépôt de la demande d'allocation, sous réserve de l'application des articles mentionnés au III de l'article R. 821-4 et du quatrième alinéa du II de l'article R. 821-4-5.

Lorsqu'un allocataire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4 débute ou reprend une activité professionnelle, le premier trimestre de référence retenu pour l'application du présent article est celui au cours duquel l'allocataire a débuté ou repris cette activité.

Article R821-4-2

Lorsqu'un allocataire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1 cesse de percevoir des revenus d'activité professionnelle, ses ressources demeurent appréciées selon les modalités prévues à cet article.

Toutefois, lorsque l'allocataire n'a pas, au 1er janvier d'une année considérée, repris d'activité professionnelle depuis au moins neuf mois consécutifs, ses ressources sont appréciées, à compter de cette date, conformément aux dispositions mentionnées à l'article R. 821-4.

Article R821-4-3

Lorsque depuis deux mois consécutifs, un allocataire ou son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité a réduit la durée de son activité professionnelle ou de son activité à caractère professionnel mentionnée à l'article R. 344-7 du code de l'action sociale et des familles, ses ressources sont appréciées en appliquant aux revenus d'activité professionnelle ou à caractère professionnel perçus par l'intéressé pendant l'année civile de référence ou, pour le bénéficiaire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1, pendant le trimestre de référence, un abattement égal au pourcentage de la réduction de la durée du travail constatée par rapport à la situation antérieure, arrondi à la dizaine inférieure. La valeur de l'abattement ne peut excéder 80 %.

Cet abattement s'applique à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la modification est intervenue et jusqu'à la fin de la période de paiement suivant celle en cours.

Article R821-4-4

Lorsqu'un allocataire ou son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité a cessé toute activité professionnelle ou à caractère professionnel sans revenu de remplacement, ses ressources sont appréciées en ne tenant pas compte des revenus d'activité professionnelle ou à caractère professionnel ni des indemnités de chômage perçues par l'intéressé pendant l'année civile de référence ou, pour le bénéficiaire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1, pendant le trimestre de référence.

Cette mesure s'applique à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu le changement de situation et jusqu'au dernier jour du mois civil précédant celui de la reprise d'une activité professionnelle ou à caractère professionnel par l'intéressé.

Article R821-4-5

I.-Le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés est tenu de faire connaître à l'organisme débiteur de la prestation toutes informations relatives à sa résidence, à sa situation de famille et ses activités professionnelles ou à caractère professionnel ainsi que celles de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ; il doit faire connaître à cet organisme tout changement intervenu dans l'un ou l'autre de ces éléments.

II.-Le bénéficiaire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1 est tenu de retourner à l'organisme débiteur de l'allocation une déclaration trimestrielle de ressources dûment complétée.

En cas de non-retour de la déclaration trimestrielle de ressources dans les délais nécessaires pour procéder au calcul de l'allocation, qui ne peuvent être inférieurs à quinze jours, l'organisme débiteur verse à l'allocataire, au titre du premier mois de la nouvelle période de droits, une avance d'un montant égal à la moitié de la précédente mensualité et lui notifie un délai supplémentaire de réponse. En l'absence de réponse dans ce nouveau délai, la même procédure est applicable au titre du mois suivant. En cas de non-retour de la déclaration trimestrielle de ressources à l'issue du délai notifié à la suite de la seconde avance, le versement de l'allocation est suspendu.

Les indus occasionnés par la ou les avances versées sont recouvrés conformément à l'article L. 821-5-1.

Lorsque le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés est marié, concubin ou lié par un pacte civil de solidarité à une personne bénéficiaire de la même allocation, une seule déclaration trimestrielle de ressources est adressée au couple par l'organisme débiteur de la prestation. Dans ce cas, le trimestre de référence commun aux deux allocations est déterminé par rapport à celle dont la date d'effet est la plus ancienne.

Article R821-5

L'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L. 821-1 et le complément de ressources prévu à l'article L. 821-1-1 sont accordés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour une période au moins égale à un an et au plus égale à cinq ans. Si le handicap n'est pas susceptible d'une évolution favorable, la période d'attribution de l'allocation et la période d'attribution du complément de ressources peuvent excéder cinq ans sans toutefois dépasser dix ans.

L'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L. 821-2 est accordée par ladite commission pour une période de un à deux ans. La période d'attribution de l'allocation peut excéder deux ans sans toutefois dépasser cinq ans, si le handicap et la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi prévue au troisième alinéa de cet article ne sont pas susceptibles d'une évolution favorable au cours de la période d'attribution.

Toutefois, avant la fin de la période ainsi fixée et à la demande de l'intéressé, de l'organisme débiteur ou du préfet de département, les droits à l'allocation et au complément de ressources peuvent être révisés, en cas de modification de l'incapacité du bénéficiaire.

Article R821-5-1

Pour l'ouverture du droit à la majoration pour la vie autonome instituée par l'article L. 821-1-2, la condition de perception d'une aide personnelle au logement est remplie par la personne qui bénéficie, soit comme titulaire du droit, soit du fait d'un conjoint, d'un partenaire d'un pacte civil de solidarité ou d'un concubin allocataire, de l'une des aides suivantes :

- a) Allocation de logement prévue aux articles L. 542-1 et L. 755-21 du présent code ;
- b) Allocation de logement prévue à l'article L. 831-1 du présent code ;
- c) Aide personnalisée au logement prévue à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation.

Lorsque, dans un ménage bénéficiant d'une telle aide, chacun des membres du couple remplit les autres conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 821-1-2, le droit à la majoration pour la vie autonome est ouvert à chacun d'eux.

Article R821-5-2

Est réputé indépendant, au sens des articles L. 821-1-1 et L. 821-1-2, un logement qui n'appartient pas à une structure dotée de locaux communs meublés ou de services collectifs ou fournissant diverses prestations annexes moyennant une redevance. N'est pas considérée disposer d'un logement indépendant la personne hébergée par un particulier à son domicile, sauf s'il s'agit de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité.

Article R821-6

La liquidation et le paiement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome sont assurés par la caisse d'allocations familiales du lieu de résidence de l'intéressé.

Toutefois, lorsqu'une caisse de mutualité sociale agricole est compétente pour verser à ce dernier les prestations familiales dont il bénéficie ou serait susceptible de bénéficier ou lorsque le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés relève d'un régime de protection sociale agricole ou lorsqu'elle assure pour ce dernier la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, cet organisme assure la liquidation et le paiement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome.

Article R821-7

L'allocation aux adultes handicapés et le complément de ressources sont attribués à compter du premier jour du mois civil suivant celui du dépôt de la demande.

La majoration pour la vie autonome est attribuée, sans demande particulière de l'intéressé, à compter du premier jour du mois au cours duquel il remplit les conditions mentionnées à l'article L. 821-1-2.

L'allocation aux adultes handicapés, le complément de ressources et la majoration pour la vie autonome sont versés mensuellement et à terme échu.

Article R821-7-1

Lorsque l'allocation aux adultes handicapés continue d'être versée en application du onzième alinéa de l'article L. 821-1, la majoration pour la vie autonome et le complément de ressources ne sont pas maintenus. Ces prestations sont rétablies dès lors qu'est ouvert un droit à l'allocation aux adultes handicapés dans les conditions prévues au neuvième alinéa du même article et que les autres conditions d'ouverture des droits à la majoration et au complément continuent d'être remplies.

Article R821-8

I. - A partir du premier jour du mois suivant une période de soixante jours révolus passés dans un établissement de santé, dans une maison d'accueil spécialisée, ou dans un établissement pénitentiaire, le montant de l'allocation aux adultes handicapés est réduit de manière que son bénéficiaire conserve 30 % du montant mensuel de ladite allocation. L'intéressé ne peut recevoir une allocation plus élevée que celle qu'il percevrait s'il n'était pas hospitalisé, placé dans une maison d'accueil spécialisée ou incarcéré.

Toutefois aucune réduction n'est effectuée :

- a) Lorsque l'allocataire est astreint au paiement du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;
- b) Lorsqu'il a au moins un enfant ou un ascendant à sa charge au sens de l'article L. 161-1 ;
- c) Lorsque le conjoint ou le concubin de l'allocataire ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

La réduction de l'allocation n'est opérée que pendant la période où la personne handicapée est effectivement accueillie dans l'établissement, à l'exclusion des périodes de congé ou de suspension de prise en charge.

II. - Sous réserve que les conditions d'ouverture du droit à ces prestations continuent d'être remplies, le versement du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome est maintenu jusqu'au premier jour du mois suivant une période de soixante jours révolus d'hospitalisation, d'hébergement dans un établissement social ou médico-social mentionné au b du 5° et au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou d'incarcération dans un établissement pénitentiaire. A compter de cette date, le service des prestations est suspendu, à l'exclusion des périodes de congé ou de suspension de la prise en charge par un régime d'assurance maladie.

III. - Le service de l'allocation, du complément de ressources et de la majoration pour la vie autonome est repris, sans nouvelle demande, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne n'est plus hospitalisée, hébergée dans un établissement social ou médico-social ou incarcérée dans un établissement pénitentiaire.

Article R821-9

La personne handicapée qui, dans l'attente d'être admise dans l'établissement pour adultes désigné par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles dans sa décision d'orientation, est maintenue au-delà de l'âge de vingt ans dans un établissement ou service mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles perçoit l'allocation aux adultes handicapés qui lui aurait été versée dans l'établissement pour adultes désigné, à compter du jour où la décision de la commission susmentionnée siégeant en formation plénière a été notifiée à l'organisme débiteur concerné.

Tant que cette notification n'est pas intervenue, l'allocation aux adultes handicapés continue à être versée, ou est réduite, dans les conditions fixées à l'article R. 821-8.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement sociale

Chapitre 1er : Conditions générales d'attribution

Section 1 : Dispositions communes.

Article R831-1

L'allocation de logement prévue aux articles L. 831-1 et suivants est attribuée aux personnes qui sont locataires ou qui accèdent à la propriété d'un local à usage exclusif d'habitation et constituant leur résidence principale. Elle peut être attribuée également aux sous-locataires et occupants à titre onéreux.

La notion de résidence principale doit être entendue au sens du logement effectivement occupé au moins huit mois par an soit par le bénéficiaire, soit par son conjoint ou concubin sauf obligation professionnelle, raison de santé ou cas de force majeure.

L'allocation n'est due que si les intéressés paient un minimum de loyer fixé par décret compte tenu de leurs ressources.

Sont assimilées aux loyers les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation, selon les modalités fixées par les articles R. 831-22 à R. 831-24.

Le logement mis à la disposition d'un requérant par un des ascendants ou de ses descendants n'ouvre pas droit au bénéfice de l'allocation.

Article R831-3

L'allocation de logement est due à la date et aux conditions définies à l'article L. 831-4-1.

Le droit s'éteint à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf si la clôture du droit résulte du décès de l'allocataire ou de son conjoint ou d'une personne à charge, auquel cas le droit prend fin le premier jour du mois civil suivant le décès.

Les changements intervenus dans la composition de la famille ou dans la situation de l'allocataire ou de son conjoint et qui sont de nature à modifier ses droits à l'allocation prennent effet et cessent de produire leur effet selon les règles ci-dessus définies respectivement pour l'ouverture et pour l'extinction des droits.

Par dérogation aux dispositions du présent article, en cas de déménagement et en cas de conclusion ou de résiliation de l'une des conventions mentionnées à l'article L. 351-2 du code de la construction et de l'habitation, le droit à l'allocation de logement, le cas échéant :

- a) Est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies ;
- b) S'éteint le dernier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies.

Article R831-4

Pour la mise en oeuvre de la condition de ressources prévue aux articles L. 831-2 et L. 831-4, le droit à l'allocation de logement sociale est examiné pour chaque période de douze mois consécutifs commençant le 1er janvier de chaque année.

Article R831-5

Le minimum de loyer que l'intéressé doit acquitter annuellement pour bénéficier de l'allocation de logement est déterminé soit en fonction des ressources perçues pendant l'année civile de référence par l'allocataire, son conjoint et par les personnes ayant vécu à son foyer pendant plus de six mois au cours de l'année civile précédant la période de paiement et y vivant à la date d'ouverture du droit ou au début de la période de paiement, soit en fonction des ressources appréciées dans les conditions prévues à l'article R. 532-8.

Article R831-6

Les ressources retenues sont celles perçues pendant l'année civile de référence. L'année civile de référence est l'avant-dernière année précédant la période de paiement.

Sous réserve des dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-8 et des alinéas suivants du présent article, les ressources prises en considération s'entendent du total des revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu d'après le barème des revenus taxés à un taux proportionnel ou soumis à un prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu, ainsi que les revenus perçus hors de France ou versés par une organisation internationale et après :

- a) La déduction au titre des créances alimentaires mentionnée au 2° du II de l'article 156 du code général des impôts et majorées dans les conditions prévues au 7 de l'article 158 du code général des impôts ;
- b) L'abattement mentionné à l'article 157 bis du code général des impôts pour les personnes nées avant le 1er janvier 1931 ou invalides quel que soit leur âge.

Sont également prises en considération :

1° Après application de la déduction correspondant au deuxième alinéa de l'article 83 du code général des impôts, l'indemnité journalière mentionnée au 2° de l'article L. 431-1 ;

2° Les rémunérations mentionnées à l'article 81 quater de ce même code.

En application des dispositions de l'article L. 832-1, sont exclus également du décompte des ressources les arrrages des rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée et mentionnée à l'article 199 septies du code général des impôts.

Il est fait abstraction des déductions opérées en vertu de l'article 156-I du code général des impôts au titre des reports des déficits constatés au cours d'une année antérieure à celle qui est prise en considération.

Lorsque les ressources de l'année de référence de l'allocataire ou de son conjoint ne proviennent pas d'une activité salariée et que ces ressources ne sont pas connues au moment de la demande ou du réexamen des droits, il est tenu compte des dernières ressources connues et déterminées dans les conditions prévues aux alinéas précédents. Ces ressources sont revalorisées par application du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages pour l'année civile de référence figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances.

Lors de l'ouverture du droit ou en début de période de paiement, lorsque le demandeur poursuit des études ainsi que, le cas échéant, son conjoint, et que les ressources du ménage au titre de l'année civile de référence appréciées au sens des alinéas précédents, sont inférieures à un montant minimal de ressources, les ressources du bénéficiaire ou du ménage sont réputées égales à ce montant. Un montant minimal de ressources inférieur à ce dernier est appliqué lorsque le demandeur est titulaire d'une bourse de l'enseignement supérieur qui n'est pas assujettie à l'impôt sur le revenu. Ces montants, fixés par arrêté conjoint des ministres chargés du logement, du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture, évoluent le 1er janvier de chaque année comme l'indice de référence des loyers défini à l'article 17 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989. Ils sont arrondis à la centaine d'euros la plus proche.

Article R831-6-1

Lorsque le bénéficiaire justifie qu'en raison d'obligations professionnelles lui-même ou son conjoint est contraint d'occuper de manière habituelle un logement distinct de celui de son ou de leur lieu de résidence principale et qu'il supporte des charges de loyer supplémentaires afférentes à ce logement, il est procédé à un abattement forfaitaire sur les ressources de la personne ou du ménage déterminées dans les conditions prévues aux articles R. 831-6 à R. 831-8.

L'abattement est appliqué à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le bénéficiaire doit supporter ces charges. Il est supprimé à compter du premier jour du mois civil au cours duquel le bénéficiaire cesse de les supporter.

Le montant de cet abattement est fixé par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement.

Article R831-7

Ne sont prises en compte que pour la fraction dépassant le plafond individuel prévu à l'article L. 815-9 et multiplié par 1,25, les ressources de chacune des personnes mentionnées, qui sont :

1°) ascendants de l'allocataire ou de son conjoint ayant atteint un âge au moins égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2 augmenté de cinq années, ou d'un âge au moins égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2 en cas d'inaptitude au travail ou âgés d'au moins soixante-cinq ans s'ils percevaient l'allocation de solidarité aux personnes âgées ;

2°) titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles et ascendants, descendants ou collatéraux au deuxième ou au troisième degré de l'allocataire ou de son conjoint ;

3°) enfants de l'allocataire ou de son conjoint.

Article R831-9

Un décret pris sur le rapport du ministre chargé du logement, du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, détermine le mode et les bases de calcul de l'allocation, en tenant compte, notamment, de ce que le local est ou n'est pas soumis à une législation spéciale réglant les rapports entre bailleurs et locataires et de ce que le bénéficiaire occupe un local meublé ou non meublé en qualité de locataire ou d'accédant à la propriété.

Article R831-10

L'allocation de logement est attribuée sur demande de l'intéressé introduite soit auprès de la caisse d'allocations familiales de la circonscription de résidence du requérant, soit auprès de la caisse de mutualité sociale agricole compétente pour lui verser les prestations familiales dont il bénéficie ou serait susceptible de bénéficier.

En aucun cas, lorsqu'il est fait application de la dérogation aux caractéristiques de logement décent prévue à l'article R. 831-13, l'allocation de logement ne peut être versée entre les mains du bailleur.

Article R831-11

I.-Le modèle de la demande d'allocation de logement ainsi que la liste des pièces justificatives, comprenant notamment une attestation de respect des conditions prévues au premier alinéa de l'article R. 831-13, sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du logement.

II.-En cas de non-présentation avant le 1er janvier d'un état des personnes vivant habituellement au foyer ainsi que d'une déclaration sur l'honneur indiquant le total des ressources perçues au cours de l'année civile de référence par l'intéressé et par toutes personnes vivant ou ayant vécu à son foyer dans les conditions déterminées aux articles R. 831-4 à R. 831-7, le paiement des allocations de logement peut être suspendu.

En cas de non-présentation des justifications relatives au paiement du loyer ou des mensualités d'accession à la propriété avant le 1er décembre, ou lorsque l'organisme payeur constate la constitution d'un impayé au sens de l'article R. 831-21, cet organisme notifie simultanément :

1° A l'allocataire son intention de procéder au versement des mensualités d'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur si celui-ci le demande ;

2° Au bailleur ou au prêteur la possibilité qu'il aura de recevoir ce versement s'il en fait la demande.

A compter de ces notifications court un délai d'un mois. Durant ce délai :

a) L'allocataire peut présenter la justification prévue au a ci-dessus ou justifie par tous moyens avoir soldé sa dette ;

b) L'allocation continue à lui être versée.

A compter de l'expiration du délai, et si les justifications mentionnées à l'alinéa précédent n'ont pas été fournies, l'organisme payeur effectue le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, si celui-ci en a fait la demande. Dans ce cas, il est fait application des dispositions des articles R. 831-21-1 à R. 831-21-3 et R. 831-25.

III.-A défaut de demande de versement entre ses mains émanant du bailleur ou du prêteur, l'organisme payeur suspend le versement de l'allocation de logement et, compte tenu de la situation du bénéficiaire, décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur ou au prêteur aux fins de mettre en place dans un délai maximum de six mois un plan d'apurement de la dette ;

Sur présentation par le bailleur ou le prêteur dudit plan, signé par l'allocataire, l'organisme payeur reprend le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, s'il en fait la demande, ou à défaut de l'allocataire, sous réserve de reprise de paiement régulier du loyer ou des mensualités de la dette et de la bonne exécution du plan. Sont également versées, dans les mêmes conditions, les mensualités d'allocation de logement correspondant aux échéances impayées depuis la suspension du versement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur ou du prêteur, l'organisme payeur peut saisir directement le dispositif d'aide mentionné au b ci-dessus, qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement et notamment le Fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de lui faire connaître sa décision dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur ou prêteur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur reprend le versement de l'allocation de logement, qu'il verse entre les mains du bailleur ou du prêteur si celui-ci en a fait la demande ou à défaut entre les mains de l'allocataire, sous réserve de la reprise du paiement du loyer ou des mensualités et du respect des conditions

fixées par le dispositif d'aide. Sont également versées dans les mêmes conditions les mensualités d'allocation de logement correspondant aux échéances impayées depuis la suspension du versement. En cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un nouvel impayé, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

Article R831-12

Les changements dans la structure des locaux ou dans leurs conditions de peuplement doivent être déclarés dans le délai d'un mois.

Les changements survenus au cours de la période de paiement de l'allocation dans la situation de l'allocataire ou de son conjoint font l'objet de justifications fournies avec la demande de révision du montant de l'allocation.

L'allocataire qui entend se prévaloir des dispositions de l'article R. 532-7 doit produire toutes justifications des changements survenus au cours de la période de paiement dans la situation de ses ressources.

Tout déménagement doit être déclaré à l'organisme ou au service payeur dans le délai de six mois. La déclaration doit être accompagnée des justifications nécessaires à la révision de l'allocation de logement.

Article R831-13

Pour ouvrir droit à l'allocation de logement, le logement doit remplir les caractéristiques de logement décent telles que définies par le décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 modifiée tendant à améliorer les rapports locatifs.

Lorsque le logement ne répond pas aux caractéristiques mentionnées au premier alinéa ou lorsque le propriétaire n'a pas produit l'attestation mentionnée au I de l'article R. 831-11, l'allocation de logement peut être accordée, à titre dérogatoire, par l'organisme payeur ;

a) Aux personnes logées en hôtel meublé ou en pension de famille, pour une durée d'un an. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet.

Le préfet désigne alors, dans le cadre du plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées mentionné aux article 2 et suivants de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, un organisme privé ou public aux fins de proposer au propriétaire une solution adaptée d'amélioration du logement ou à l'allocataire une solution de relogement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Cette dérogation peut être prorogée pour six mois par le conseil d'administration de l'organisme payeur si les travaux de mise aux normes, bien que décidés, n'ont pas encore pu être achevés à l'issue de la première année ou si la solution de relogement bien qu'acceptée par l'allocataire n'a pas encore pris effet dans le même délai.

En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé.

b) Aux personnes mentionnées à l'article R. 831-22 pour une durée de dix-huit mois renouvelable une fois. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet.

Il en informe également le comité responsable du plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées mentionné ci-dessus afin que ce dernier examine avec l'allocataire une solution adaptée d'amélioration du logement ou une solution de relogement.

Article R831-13-1

Pour une personne seule, le logement doit être d'une superficie habitable d'au moins 9 mètres carrés et, pour deux personnes d'au moins 16 mètres carrés, augmentée de 9 mètres carrés par personne en plus.

Pour les logements autres que les logements collectifs, lorsque la condition de superficie n'est pas remplie au moment de la demande, l'allocation de logement peut être accordée pour une durée de deux ans, à titre exceptionnel, par décision de la caisse d'allocations familiales ou de la caisse de mutualité sociale agricole concernée. Le conseil d'administration de l'organisme payeur et le préfet sont informés de la décision prise. En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé.

Le préfet désigne alors, dans le cadre du plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées, mentionné aux articles 2 et suivants de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, un organisme privé ou public aux fins de proposer à l'allocataire une solution de relogement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Cette dérogation peut être prorogée par décision du conseil d'administration de l'organisme payeur, par période de deux ans renouvelable, après enquête sociale et au vu d'une attestation motivée du préfet certifiant que l'allocataire ne peut être logé conformément aux conditions prévues au premier alinéa du présent article.

Article R831-13-2

L'allocation de logement n'est pas due si le local est loué ou sous-loué en partie à des tiers sauf si le local est loué ou sous-loué à une personne hébergée en application de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article R831-14

L'allocation de logement est versée mensuellement, à terme échu dans les conditions déterminées à l'article R. 553-1.

Elle est calculée pour une période de douze mois débutant au 1er janvier de chaque année.

Lorsque le droit à l'allocation de logement n'est pas ouvert pour toute la durée de la période précitée, l'allocation de logement est calculée et versée proportionnellement au nombre de mois pendant lesquels le droit est ouvert.

Hors le cas prévu à l'alinéa précédent, l'allocation de logement ne peut être révisée au cours de la période de douze mois prévue ci-dessus que lorsque la composition de la famille est modifiée ou que l'allocataire

s'installe dans un nouveau logement ou, sur demande des intéressés, dans les cas mentionnés à l'article R. 532-7 pour le chômage total ou partiel.

Dans ce dernier cas l'allocation de logement est calculée ou révisée soit sur la base du loyer principal effectivement payé pour le premier mois de location du nouveau local, soit sur la base des paiements incombant à l'allocataire en vue de l'accession à la propriété pour la partie de la période restant à courir.

Article R831-15

L'allocation de logement n'est pas versée lorsque son montant, calculé selon les modalités prévues à l'article R. 831-9, est inférieur à une somme fixée par décret.

Le montant de l'allocation de logement, versé net des contributions sociales qui s'y appliquent, est arrondi à l'euro inférieur.

Article R831-16

En cas de suspension du paiement du loyer ou des arrérages des dettes contractées en vue d'accéder à la propriété consécutives à une contestation relative à l'étendue des obligations du débiteur et donnant lieu à instance judiciaire, le versement de l'allocation est suspendu par l'organisme payeur jusqu'à ce que la décision de justice rendue soit devenue définitive, sauf lorsqu'une procédure de surendettement a été engagée devant la commission prévue à l'article L. 331-1 du code de la consommation.

Article R831-17

Lorsque par suite d'un défaut d'entretien imputable au bénéficiaire le logement cesse de remplir les conditions prévues à l'article L. 831-3, ou lorsque le bénéficiaire refuse de se soumettre au contrôle prévu à l'article L. 831-7, l'organisme ou service payeur peut suspendre le versement de l'allocation de logement après avertissement motivé adressé au bénéficiaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Si, dans un délai qui ne peut être inférieur à trois mois, l'allocataire n'a pas procédé à la remise en état de son logement ou a persisté dans son refus de se soumettre au contrôle prévu par la loi, le versement des allocations est interrompu.

Article R831-18

Les organismes mentionnés au II de l'article L. 831-3 sont habilités, au vu de leur expertise professionnelle, par convention conclue avec l'organisme payeur. L'organisme payeur ne peut habiliter un organisme de droit privé que si celui-ci est en règle au regard de ses obligations fiscales et sociales et s'il n'a pas fait l'objet de

condamnation pénale définitive en rapport avec son activité depuis au moins cinq ans. L'habilitation ne porte que sur les logements pour lesquels l'organisme payeur verse une allocation de logement.

Article R831-19

Si l'allocataire fait simultanément l'objet de la procédure de conservation de l'allocation de logement prévue aux II à IV de l'article L. 831-3 et de la procédure de bénéfice dérogatoire de l'allocation de logement prévue à l'article R. 831-13-1 lorsque le logement est surpeuplé au regard de sa superficie, les dispositions suivantes sont applicables :

1° Si le logement n'est toujours pas décent à l'expiration de la procédure de conservation de l'allocation de logement, cette dernière est suspendue, même si la période de bénéfice dérogatoire de l'allocation de logement au titre de l'article R. 831-13-1 n'est pas expirée ;

2° Si le logement est toujours surpeuplé au regard de sa superficie à l'expiration de la période de bénéfice dérogatoire de l'allocation de logement à ce titre, cette dernière est suspendue, même si la procédure de conservation de l'allocation de logement prévue aux II à IV de l'article L. 831-3 est toujours en cours.

Le bénéfice de l'allocation de logement au titre de l'article R. 831-13-1 ne fait pas obstacle à sa conservation par l'organisme payeur telle que prévue aux II à IV de l'article L. 831-3 pour les sommes dues pendant la période de conservation.

Dans tous les cas, l'organisme payeur informe le bailleur de la suspension de l'allocation de logement.

Article R831-20

Les dispositions du présent chapitre relatives à la résidence principale ou qui comportent la prise en compte de ressources sont applicables dans les mêmes conditions au conjoint, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou au concubin.

Article R831-21

I - Sous réserve des dispositions de l'article R. 831-16, la période de non-paiement des loyers ou de non-remboursement de la dette contractée en vue d'accéder à la propriété, à la suite de laquelle l'allocation de logement peut être versée entre les mains du prêteur ou du bailleur sur leur demande, est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Pour les termes ou échéances de prêt d'une périodicité inférieure à trois mois, soit lorsque deux termes de loyer et charges ou deux échéances de prêt sont totalement impayés, soit lorsque l'allocataire est débiteur à l'égard du bailleur ou du prêteur d'une somme au moins équivalente en montant.

2° Pour les termes ou échéances de prêt d'une périodicité supérieure ou égale à trois mois, soit à défaut de paiement du loyer et des charges ou de l'échéance de prêt dans le mois suivant leurs dates d'exigibilité, soit

lorsque l'allocataire est débiteur à l'égard du bailleur ou du prêteur d'une somme au moins équivalente en montant.

II. - Le bailleur ou le prêteur peut alors obtenir de l'organisme payeur le versement entre ses mains de l'allocation de logement au lieu et place de l'allocataire.

A réception de la demande de versement direct, l'organisme payeur en informe l'allocataire et lui notifie son intention de verser au bailleur ou au prêteur les mensualités d'allocation de logement, sauf si l'intéressé justifie par tous moyens avoir acquitté sa dette de loyer ou de prêt avant l'expiration d'un délai d'un mois à compter de cette notification. Pendant ce délai, l'allocation de logement continue à être versée à l'allocataire.

A l'expiration de ce délai, l'organisme payeur effectue le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, dans les conditions prévues aux articles R. 831-21-1 à R. 831-21-3 et R. 831-25.

III. - Lorsque l'allocation est versée entre les mains du prêteur ou du bailleur, en application de l'article L. 835-2, l'impayé est constitué :

1° En secteur locatif, soit lorsque trois termes consécutifs de loyers et charges déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayés, soit lorsque le locataire est débiteur à l'égard du bailleur d'une somme au moins égale à deux fois le montant mensuel brut du loyer et des charges ;

2° Dans le secteur de l'accession à la propriété :

a) En cas de périodicité trimestrielle lorsque deux échéances de prêt consécutives déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayées ou lorsque l'emprunteur est débiteur à l'égard de l'établissement habilité d'une somme au moins égale à une échéance de prêt brute ;

b) En cas de périodicité mensuelle lorsque trois échéances de prêt consécutives déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayées ou lorsque l'emprunteur est débiteur à l'égard de l'établissement habilité d'une somme au moins égale à deux échéances de prêt brutes.

Section 2 : Dispositions spéciales aux locataires.

Article R831-21-1

En cas d'impayé de loyer au sens de l'article R. 831-21 (1er alinéa) et compte tenu de la situation du bénéficiaire, l'organisme payeur décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur aux fins de mettre en place, dans un délai maximum de six mois, un plan d'apurement de la dette ;

Sur présentation par le bailleur de ce plan, signé par l'allocataire, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement et la verse entre les mains du bailleur, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et de la bonne exécution du plan d'apurement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur, l'organisme payeur peut soit suspendre le droit à l'allocation de logement, soit saisir le dispositif d'aide mentionné au b, ci-dessous qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

Toutefois, en cas de retard dans la mise en place du plan d'apurement ou de difficultés dans l'exécution de celui-ci, et dès lors que le locataire s'acquitte du paiement du loyer, l'organisme payeur peut décider le maintien du versement de l'allocation de logement.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement, et notamment le Fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de lui faire connaître sa décision dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, qu'il verse entre les mains du bailleur, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide.

Si le dispositif d'aide n'a pas fait connaître sa décision dans le délai précité, et après mise en demeure, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement. Il en est de même en cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un nouvel impayé.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

Article R831-21-2

Au terme du plan d'apurement, le versement de l'allocation de logement à l'allocataire est repris si celui-ci est à jour vis-à-vis de son bailleur.

Article R831-21-3

Il appartient à l'organisme payeur de décider du délai durant lequel l'allocation de logement peut être versée au bailleur ou au prêteur en application du II de l'article R. 831-21.

Article R831-21-4

Lorsque l'allocation de logement est versée au bailleur en application de l'article L. 835-2 et que l'allocataire ne règle pas la part de dépense de logement restant à sa charge, le bailleur doit, dans un délai de trois mois après la constitution de l'impayé au sens de l'article R. 831-21 (III), porter la situation de l'allocataire défaillant à la connaissance de l'organisme payeur.

Si le bailleur ne saisit pas l'organisme payeur dans le délai susmentionné, il doit rembourser à celui-ci l'allocation de logement versée depuis la défaillance de l'allocataire jusqu'à la saisine éventuelle de l'organisme payeur.

Le versement de l'allocation de logement est maintenu, sur décision de l'organisme payeur, pendant la durée fixée en application de l'article R. 831-21-3.

Pendant cette période, et compte tenu de la situation du bénéficiaire, l'organisme payeur décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur aux fins de mettre en place dans un délai maximum de six mois un plan d'apurement de la dette :

Sur présentation par le bailleur dudit plan signé par l'allocataire, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et de la bonne exécution du plan d'apurement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur, l'organisme payeur peut soit suspendre le droit à l'allocation de logement, soit saisir le dispositif d'aide mentionné au b ci-dessous, qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

Toutefois, en cas de retard dans la mise en place du plan d'apurement ou de difficultés dans l'exécution de celui-ci, et dès lors que le locataire s'acquitte du paiement du loyer, l'organisme payeur peut décider le maintien du versement de l'allocation de logement.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement et notamment le fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de faire connaître sa décision à l'organisme payeur dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide susmentionné.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide.

Si le fonds ou l'organisme mentionné au b ci-dessus n'a pas fait connaître sa décision dans le délai précité, et après mise en demeure, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement. Il en est de même en cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un nouvel impayé.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

Article R831-21-5

I.-Lorsqu'une procédure de surendettement a été engagée devant la commission prévue à l'article L. 331-1 du code de la consommation, préalablement ou parallèlement à l'engagement des procédures prévues aux articles R. 831-21-1 et R. 831-21-4 du présent code, le versement de l'allocation est maintenu pendant le délai prévu pour l'orientation du dossier de surendettement.

II.-Lorsque l'allocation est rétablie dans les conditions prévues à l'article L. 831-8, son versement est effectué entre les mains du bailleur, sauf dans les cas relevant du second alinéa de l'article R. 831-10 et sauf refus du bailleur.

III.-Dans le cas où, avant la décision déclarant la recevabilité prévue au premier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation, l'allocation de logement était versée à l'allocataire, le refus ou l'acceptation du bailleur est transmis à l'organisme payeur mentionné à l'article R. 834-14 du présent code dans un délai de quinze jours à compter de la notification de la possibilité de refus qui est adressée par l'organisme payeur au bailleur par tout moyen lui donnant date certaine.

Lorsqu'une échéance de versement de l'allocation de logement intervient pendant ce délai, l'allocation de logement est rétablie par versement à l'allocataire jusqu'à la transmission à l'organisme payeur de l'acceptation du bailleur.

Si le bailleur fait connaître à cet organisme son acceptation du versement entre ses mains de l'allocation, il joint à cette déclaration les renseignements relatifs au compte de dépôt de l'établissement de crédit ou au compte de paiement de l'établissement de paiement ou de l'établissement de monnaie électronique auprès duquel il demande que soient effectués les versements.

A défaut de transmission de la déclaration d'acceptation et des renseignements précités dans le délai de quinze jours, le bailleur est réputé refuser le versement de l'allocation de logement entre ses mains. Toutefois, si le bailleur fait connaître à l'organisme payeur son acceptation et lui communique les renseignements requis après l'expiration du délai précité, le versement est effectué entre ses mains à compter du mois suivant celui de la réception par l'organisme payeur de ces pièces.

IV.-Dans le cas où, avant la décision déclarant la recevabilité prévue au premier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation, l'allocation de logement était versée entre les mains du bailleur, le refus du bailleur est transmis à l'organisme payeur dans un délai de quinze jours à compter de la notification de cette décision au bailleur par la commission de surendettement. Le bailleur est préalablement informé par l'organisme payeur, au stade du versement initial de l'allocation entre ses mains intervenant en application de

l'article L. 835-2 ou du II de l'article R. 831-11 du présent code, des conditions dans lesquelles il peut ainsi exprimer son refus à la suite de la déclaration de recevabilité.

A défaut de transmission à l'organisme payeur d'une déclaration de refus du bailleur dans le délai mentionné à l'alinéa précédent, le bailleur est réputé accepter le maintien du versement de l'allocation entre ses mains.

V.-Le versement de l'allocation est maintenu entre les mains du bailleur, sauf refus de ce dernier, dans les conditions prévues aux III et IV ci-dessus, jusqu'à la transmission par le bailleur à l'organisme payeur des notifications des plans, mesures ou jugements mettant fin à la procédure qui lui sont adressées par la commission de surendettement ou par le juge.

L'organisme payeur informe simultanément l'allocataire de chacune des étapes de la procédure qu'il engage auprès du bailleur et de ses conséquences.

VI.-A réception des plans, mesures ou jugements mettant fin à la procédure, l'organisme payeur maintient le versement de l'allocation de logement sous réserve de la reprise du paiement du loyer et du respect des conditions prévues par la commission de surendettement, le plan conventionnel ou le juge. Parallèlement, il décide, le cas échéant, des modalités de versement du rappel de l'allocation correspondant à la période de suspension.

Article R831-21-6

Pour le rétablissement du versement de l'allocation de logement, la signature du protocole d'accord, conclu en application de l'article L. 442-6-5 et du septième alinéa de l'article L. 442-8-2 du code de la construction et de l'habitation, est subordonnée à l'approbation préalable du plan d'apurement par l'organisme payeur.

L'organisme payeur fixe les modalités du versement du rappel de l'aide pendant la période comprise entre l'interruption du versement par l'organisme payeur et la signature du protocole.

Ces modalités doivent tenir compte de la situation financière du bénéficiaire et du plan de résorption de la dette établi avec le bailleur. A ce titre, l'organisme payeur décide du versement du rappel d'aide :

- soit en une seule fois si le montant du rappel ou de la dette sont peu élevés ;
- soit par versements semestriels échelonnés sur la durée du plan d'apurement et sous réserve de sa bonne exécution. Dans ce cas, le premier versement est effectué trois mois après la reprise du paiement par l'occupant des échéances prévues par le protocole.

En cas de non-respect par l'occupant des engagements contenus dans le protocole, le bailleur est tenu d'en informer l'organisme payeur qui suspend le versement du rappel.

L'organisme payeur maintient l'allocation de logement pendant une durée qui ne peut excéder six mois pour permettre la négociation d'un nouveau plan d'apurement entre le bailleur et l'occupant. Ce nouveau plan

d'apurement fait l'objet d'un avenant au protocole, la durée totale de ce dernier ne pouvant être supérieure à cinq ans. Si l'organisme payeur ne reçoit pas le plan d'apurement dans le délai précité, ou s'il ne l'approuve pas, le versement de l'aide est suspendu.

Section 3 : Dispositions spéciales aux accédants à la propriété.

Article R831-22

L'allocation de logement est accordée au titre de la résidence principale :

1°) aux personnes propriétaires du logement pendant la période au cours de laquelle elles se libèrent de la dette contractée pour accéder à la propriété dudit logement et, le cas échéant, de celle contractée en même temps pour effectuer des travaux destinés à permettre l'ouverture du droit à l'allocation de logement ;

2° Aux personnes qui se libèrent d'une dette contractée en vue d'effectuer des travaux figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 321-15 du code de la construction et de l'habitation ;

3°) aux personnes qui ont souscrit un contrat de location-attribution ;

4°) aux personnes qui se libèrent d'une dette contractée en vue soit d'agrandir leur logement, soit d'aménager à usage de logement des locaux non destinés à l'habitation lorsque ces travaux répondent aux normes techniques imposées pour le bénéfice des prêts conventionnés mentionnés à l'article R. 331-63 du code de la construction et de l'habitation.

Article R831-23

Sont seuls pris en considération par les organismes payeurs pour le calcul de l'allocation de logement sous déduction des primes ou bonifications :

1°) les charges d'intérêts et d'amortissement et les charges accessoires au principal de la dette, afférentes aux emprunts contractés en vue de l'accession à la propriété d'un logement et qui ont fait, pour chacun d'entre eux, l'objet d'un certificat daté, notifié au demandeur par les organismes prêteurs précisant les modalités et la périodicité des paiements et présenté à l'appui de la demande d'allocation de logement ;

2° Les charges d'intérêts et d'amortissements et les charges accessoires afférentes aux emprunts substitués à ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus, dans la limite des sommes restant dues en capital sur le montant du premier prêt ;

3°) les charges afférentes au paiement de tout ou partie du prix d'achat ou ayant pour objet de financer les dépenses indispensables à la délivrance du certificat de conformité dans les conditions prévues au 1° ci-dessus ;

4°) le versement des primes de l'assurance-vie contractée par le bénéficiaire en garantie de l'exécution des engagements souscrits.

Article R831-24

Ne sont notamment pas pris en considération par les organismes payeurs de l'allocation de logement
calcul :

1°) les remboursements effectués par le bénéficiaire en anticipation des obligations résultant des contrats de prêts qu'il a souscrits ;

2°) (abrogé)

3°) les prêts constituant une obligation au porteur.

Toutefois, peuvent être pris en considération les prêts au logement consentis par les banques ou établissements financiers et en représentation desquels des billets à ordre ont été créés en vue d'une mobilisation éventuelle de la créance, dès lors que dans le contrat de prêt lui-même le créancier et le débiteur sont expressément désignés et que les paiements sont effectifs.

Article R831-25

Sous réserve des dispositions de l'article R. 831-16, à défaut de paiement total ou partiel des sommes définies à l'article R. 831-23, le prêteur peut obtenir de l'organisme payeur le versement entre ses mains de l'allocation de logement au lieu et place de l'allocataire dans les conditions fixées par les articles R. 831-21, R. 831-21-1, R. 831-21-2 et R. 831-21-3.

Lorsque l'allocation de logement est versée au prêteur en application de l'article L. 835-2 et que l'allocataire ne règle pas la part de dépense de logement restant à sa charge, il est fait application des dispositions de l'article R. 831-21-4.

Article R831-26

Le I et le VI de l'article R. 831-21-5 sont applicables aux accédants à la propriété. L'échéance d'emprunt est assimilée au loyer.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement sociale

Chapitre 2 : Conditions particulières aux personnes âgées et aux personnes atteintes d'une infirmité.

Article R832-2

La condition de superficie prévue au premier alinéa de l'article R. 831-13-1 est réputée remplie en ce qui concerne les personnes qui occupent un logement aménagé de manière à constituer une unité d'habitation autonome et situé dans un foyer doté de services collectifs.

Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article R. 831-13-1 ne sont pas applicables aux personnes résidant dans une maison de retraite ou hébergées dans les unités et centres de long séjour relevant de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, celles-ci doivent disposer d'une chambre d'au moins 9 mètres carrés pour une personne seule et de 16 mètres carrés pour deux personnes. Le droit à l'allocation de logement n'est pas ouvert si la chambre est occupée par plus de deux personnes. Les personnes ou les ménages bénéficiaires de l'allocation de logement et qui s'en trouveraient exclus par application des présentes normes continueront à en bénéficier, pour le même local, dans la limite des dérogations qui leur avaient été accordées avant le 1er juillet 1978.

Les caractéristiques des locaux affectés aux personnes hébergées en application des articles L. 441-1 à L. 443-10 du code de l'action sociale et des familles sont celles qui sont fixées par l'article R. 831-13 et par le premier alinéa de l'article R. 831-13-1 et sont compatibles avec les contraintes liées à l'âge ou au handicap de ces personnes.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement sociale

Chapitre 3 : Conditions particulières aux personnes résidant dans des logements-foyers de jeunes travailleurs

Article R833-4

Les conditions prévues aux articles R. 831-1 et R. 833-13-1 sont réputées remplies lorsque le bénéficiaire occupe un des logements-foyers construits en application de la loi n° 57-908 du 7 août 1957, et notamment du § III de son article 12 relatif aux logements-foyers.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement sociale

Chapitre 4 : Fonds national d'aide au logement - Dispositions financières

Article R834-1

Le financement de l'allocation de logement prévue à l'article L. 831-1 est assuré par le fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation selon les modalités précisées aux articles R. 351-33 à R. 351-45 du même code.

Le contentieux du recouvrement des cotisations et celui du service des prestations sont de la compétence des organismes mentionnés respectivement aux articles R. 834-7 à R. 834-10 inclus et à l'article R. 834-14.

Article R834-1-1

Pour l'application des dispositions prévues à l'article L. 834-1, l'effectif de l'entreprise calculé au 31 décembre, tous établissements confondus, est égal à la moyenne des effectifs déterminés chaque mois de l'année civile.

Pour la détermination des effectifs du mois, il est tenu compte des salariés titulaires d'un contrat de travail le dernier jour de chaque mois, y compris les salariés absents, conformément aux dispositions des articles L. 1111-2, L. 1111-3 et L. 1251-54 du code du travail.

Pour une entreprise créée en cours d'année, l'effectif est apprécié à la date de sa création. Au titre de l'année suivante, l'effectif de cette entreprise est apprécié dans les conditions définies aux deux alinéas précédents, en fonction de la moyenne des effectifs de chacun des mois d'existence de la première année.

Pour la détermination de la moyenne mentionnée aux premier et troisième alinéas, les mois au cours desquels aucun salarié n'est employé ne sont pas pris en compte.

Section 2 : Dispositions financières

Sous-section 1 : Recouvrement des cotisations.

Article R834-7

La cotisation relative à l'allocation de logement prévue aux articles L. 831-1 et suivants est due par toute personne physique ou morale employant un ou plusieurs salariés relevant soit des professions non-agricoles, soit des professions agricoles.

Cette cotisation est calculée sur les rémunérations versées aux travailleurs salariés ou assimilés dans la limite du plafond prévu pour la fixation du montant des cotisations d'accidents du travail, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse. Le taux de cette cotisation est fixé à 0,10 % des rémunérations définies ci-dessus.

La cotisation est, sous réserve des dispositions de l'article R. 834-9, recouvrée, pour le compte du fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation, par les organismes ou services chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou d'assurances sociales agricoles.

Article R834-8

Les employeurs qui emploient du personnel relevant du régime général de sécurité sociale sont, sous réserve des dispositions de l'article R. 834-9, soumis, pour le versement de la cotisation relative à l'allocation de logement, aux règles applicables aux cotisations de sécurité sociale, pour tout ce qui concerne la liquidation, le paiement, le recouvrement, le contrôle et le contentieux.

Article R834-9

Les employeurs qui emploient du personnel relevant d'un régime spécial de sécurité sociale mentionné à l'article L. 711-1 sont soumis aux règles suivantes :

1°) dans le cas où les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales assurent déjà le recouvrement de la part patronale de l'une des cotisations de sécurité sociale ou d'allocations familiales versées du chef de ces salariés, le recouvrement de la cotisation relative à l'allocation de logement incombe auxdits organismes. Les règles mentionnées à l'article R. 834-8, concernant les cotisations du régime général de sécurité sociale, sont alors applicables aux versements de la cotisation relative à l'allocation de logement ;

2°) dans les cas autres que ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus, l'organisme ou service chargé du recouvrement de la cotisation patronale affectée à l'assurance maladie du régime spécial auquel sont assujettis le ou les salariés intéressés, assure également celui de la cotisation relative à l'allocation de logement. Cet organisme ou service applique au versement de cette cotisation les règles relatives

aux cotisations d'assurance maladie qu'il recouvre pour les opérations de liquidation, de paiement, de recouvrement, de contrôle et de contentieux qui en résultent.

Article R834-10

Les employeurs qui emploient du personnel relevant du régime des assurances sociales agricoles et qui sont assujettis de ce fait aux caisses de mutualité sociale agricole sont soumis, pour le versement de la cotisation relative à l'allocation de logement, aux règles applicables aux cotisations d'assurances sociales agricoles, pour tout ce qui concerne la liquidation, le paiement, le recouvrement, le contrôle et le contentieux.

Article R834-11

Les cotisations relatives à l'allocation de logement sont mises en recouvrement en même temps et dans les mêmes conditions que les cotisations de sécurité sociale ou d'assurances sociales agricoles. Elles sont exigibles à la même date que lesdites cotisations et donnent lieu, en cas de défaut de paiement dans les délais prescrits, aux majorations de retard.

Ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale ou d'assurances sociales agricoles.

Article R834-12

Lorsque le règlement d'un redevable est inférieur à sa dette globale, le montant de ce règlement est affecté, par priorité, aux cotisations de sécurité sociale ou d'assurances sociales agricoles.

Article R834-13

Au plus tard à la fin du premier trimestre de chaque année, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale fait connaître au Fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation :

1° Après déduction d'une retenue pour frais de recouvrement, le montant du produit effectivement encaissé durant l'année précédente et le montant prévisionnel du produit attendu pour l'année au titre des prélèvements mis à la charge des employeurs mentionnés au b de l'article L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation ;

2° Le montant du produit effectivement encaissé durant l'année précédente et le montant prévisionnel du produit attendu pour l'année au titre des recettes mentionnées au d de l'article L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation.

Dans les mêmes délais, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole fait connaître au Fonds national d'aide au logement le montant du produit effectivement encaissé durant l'année précédente, après déduction d'une retenue pour frais de recouvrement, et le montant prévisionnel du produit attendu pour l'année au titre des prélèvements mis à la charge des employeurs relevant du régime agricole mentionnés au b de l'article L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation.

La retenue pour frais de recouvrement prévue aux deuxième et quatrième alinéas est fixée, de façon à couvrir les dépenses assumées par chaque organisme, par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du logement, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget.

Article R834-13-1

Les articles R. 834-7 (dernier alinéa), R. 834-8, R. 834-9, R. 834-11, R. 834-12 et R. 834-13 sont applicables pour le recouvrement de la contribution prévue au 2° du deuxième alinéa de l'article L. 834-1.

Sous-section 2 : Paiement des prestations.

Article R834-14

La liquidation et le service de l'allocation de logement prévue aux articles L. 831-1 et suivants ainsi que le service de ces prestations sont assurés par les caisses d'allocations familiales, sous réserve de l'alinéa suivant.

Lorsqu'une caisse de mutualité sociale agricole est compétente pour verser à un allocataire les prestations familiales dont il bénéficie ou serait susceptible de bénéficier, la liquidation du droit et le service des prestations sont assurés par cet organisme.

Dans les cas prévus aux premier et deuxième alinéas ci-dessus, les dépenses de prestations ainsi que les frais administratifs s'y rapportant sont centralisés respectivement par la caisse nationale des allocations familiales ou par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Article R834-16

L'agence centrale des organismes de sécurité sociale met [*mise*] à la disposition des caisses d'allocations familiales les fonds nécessaires au paiement des prestations prévues aux articles L. 831-1 et suivants dans les conditions prévues en matière de dépenses de sécurité sociale par les dispositions relatives à la gestion commune de la trésorerie des organismes de sécurité sociale.

En ce qui concerne les caisses de mutualité sociale agricole, les fonds nécessaires au service des prestations qu'elles assurent en application des articles L. 831-1 et suivants sont mis à leur disposition par la caisse centrale d'allocations familiales mutuelles agricoles.

Article R834-18

Les frais entraînés par le service de l'allocation de logement sont remboursés dans les conditions précisées au deuxième alinéa de l'article R. 834-13.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement sociale

Chapitre 5 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article R835-1

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 835-7 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé du logement et du ministre chargé de l'agriculture.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 1er : Dispositions générales

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 2 : Conditions d'ouverture du droit

Article R842-1

Pour l'application de l'article L. 842-1, est considérée comme résidant en France de manière stable et effective la personne qui y réside de façon permanente ou qui accomplit hors de France un ou plusieurs séjours dont la durée de date à date ou la durée totale par année civile n'excède pas trois mois. Les séjours hors de France qui résultent des contrats mentionnés aux articles L. 262-34 ou L. 262-35 du code de l'action sociale et des familles ou du projet personnalisé d'accès à l'emploi mentionné à l'article L. 5411-6-1 du code du travail ne sont pas pris en compte dans le calcul de cette durée.

Article R842-2

Les conditions mentionnées aux articles L. 842-1 et L. 842-2 doivent être remplies par le bénéficiaire de la prime d'activité et son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité :

- 1° Chaque mois civil au cours du trimestre précédant l'examen ou la révision du droit à la prime d'activité ; et
- 2° Le mois du droit.

Toutefois, l'alinéa précédent n'est pas applicable aux conditions mentionnées aux 1°, 3° et 5° de l'article L. 842-2.

Article R842-3

Le foyer mentionné au 1° de l'article L. 842-3 est composé :

- 1° Du bénéficiaire ;
- 2° De son conjoint, concubin, ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ; et
- 3° Des enfants et personnes à charge remplissant les deux conditions suivantes :

a) Ouvrir droit aux prestations familiales ou avoir moins de vingt-cinq ans et être à la charge effective et permanente du bénéficiaire ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité à condition, en cas d'arrivée au foyer après le dix-septième anniversaire, d'avoir avec le bénéficiaire ou son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité un lien de parenté jusqu'au quatrième degré inclus ;

b) Ne pas bénéficier ou avoir bénéficié, au cours de l'année civile de droit, de la prime d'activité en tant que bénéficiaire ou conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'un bénéficiaire.

Article R842-4

Lorsqu'il n'est pas tenu compte, pour la détermination du foyer bénéficiaire, du conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité parce qu'il ne remplit pas une ou plusieurs des conditions mentionnées aux articles L. 842-1 et L. 842-2 ses ressources au sens de l'article L. 842-4 sont prises en compte, et ses revenus professionnels sont assimilés à des revenus de remplacement mentionnés au 2° de l'article L. 842-4.

Article R842-5

La durée maximale pendant laquelle le montant forfaitaire est majoré conformément à l'article L. 842-7 est de douze mois. Pour bénéficier de la majoration, la personne concernée doit présenter la demande dans un délai de six mois à compter de la date à laquelle les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Au-delà de ce délai, la durée de service de l'allocation majorée est réduite à due proportion.

Toutefois, cette durée de douze mois est prolongée jusqu'à ce que le plus jeune enfant à charge ait atteint l'âge de trois ans. Cette disposition s'applique même si le parent isolé n'a assumé la charge de l'enfant qu'après la date à laquelle les conditions d'ouverture du droit à l'allocation ont été réunies.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 3 : Détermination de la prime d'activité

Article R843-1

I.-Le montant dû au foyer bénéficiaire de la prime d'activité est égal à la moyenne des primes calculées conformément à l'article L. 842-3 pour chacun des trois mois précédant l'examen ou le réexamen périodique du droit.

II.-Pour chacun des trois mois mentionnés au I, la composition du foyer et la situation d'isolement mentionnée à l'article L. 842-7 retenues pour la détermination du montant forfaitaire sont celles du foyer au dernier jour du mois considéré, sous réserve des dispositions des 1° et 2° ci-dessous :

1° Il n'est pas tenu compte pour le calcul de la prime d'activité, de l'ancien conjoint, concubin, ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité du bénéficiaire, ni de ses ressources, lorsque celui-ci n'appartient plus au foyer lors du dépôt de la demande ou lors du réexamen périodique mentionné à l'article L. 843-4 ;

2° Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité du bénéficiaire lors du dépôt de la demande ou lors du réexamen périodique est réputé avoir appartenu au foyer tout au long des trois mois précédents.

III.-Pour chacun des trois mois mentionnés au I, les ressources prises en compte pour le calcul de la prime d'activité sont celles perçues au cours du mois considéré. Toutefois, les revenus imposables mentionnés au 5° de l'article L. 842-4 pris en compte sont égaux au douzième de ceux de l'avant-dernière année civile précédant celle du mois étudié.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 4 : Ressources prises en compte pour la prime d'activité

Article R844-1

Ont le caractère de revenus professionnels ou en tiennent lieu en application du 1° de l'article L. 842-4 :

- 1° L'ensemble des revenus tirés d'une activité salariée ou non salariée ;
- 2° Les revenus tirés de stages de formation professionnelle ;
- 3° La rémunération perçue dans le cadre d'un volontariat dans les armées mentionné à l'article L. 4132-11 du code de la défense ;
- 4° L'aide légale ou conventionnelle aux salariés en chômage partiel ;
- 5° Les indemnités perçues à l'occasion des congés légaux de maternité, de paternité ou d'adoption ;
- 6° Les indemnités journalières de sécurité sociale de base et complémentaires, perçues en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail, d'accident du travail ou de maladie professionnelle pendant une durée qui ne peut excéder trois mois à compter de l'arrêt de travail ;
- 7° La rémunération garantie perçue par les travailleurs handicapés admis dans un établissement ou un service d'aide par le travail ;
- 8° La rémunération perçue dans le cadre d'une action ayant pour objet l'adaptation à la vie active, prévue à l'article R. 345-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- 9° Les sommes perçues au titre du dédommagement par l'aidant familial tel que défini à l'article R. 245-7 du code de l'action sociale et des familles ;
- 10° Les sommes perçues au titre de leur participation à un travail destiné à leur insertion sociale par les personnes accueillies dans les organismes d'accueil communautaire et d'activités solidaires mentionnés à l'article L. 265-1 du code de l'action sociale et des familles .

Article R844-2

Ont le caractère de revenus de remplacement en application du 2° de l'article L. 842-4 :

- 1° Les avantages de vieillesse ou d'invalidité relevant d'un régime obligatoire législatif ou conventionnel ;

2° Les allocations versées aux travailleurs involontairement privés d'emploi en application du titre II du livre IV de la cinquième partie du code du travail ainsi que de l'article L. 1233-68 du même code ;

3° Les allocations de cessation anticipée d'activité prévue à l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 ;

4° Les indemnités journalières de sécurité sociale de base et complémentaires, perçues au-delà de trois mois après l'arrêt de travail en cas d'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail, d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;

5° La prestation compensatoire mentionnée à l'article 270 du code civil ;

6° Les pensions alimentaires mentionnées à l'article 373-2-2 du code civil .

Article R844-3

L'avantage en nature procuré par un logement occupé soit par son propriétaire ne bénéficiant pas d'aide personnelle au logement, soit, à titre gratuit, par les membres du foyer, est évalué mensuellement et de manière forfaitaire :

1° A 12 % du montant forfaitaire mentionné au 1° de l'article L. 842-3 applicable à un foyer composé d'une seule personne ;

2° A 16 % du montant forfaitaire calculé pour deux personnes lorsque le foyer se compose de deux personnes ;

3° A 16,5 % du montant forfaitaire calculé pour trois personnes lorsque le foyer se compose de trois personnes ou plus.

Les avantages en nature procurés par un jardin exploité à usage privatif ne sont pas pris en compte.

Article R844-4

I.-Les aides personnelles au logement prévues aux articles L. 542-1 et L. 831-1 du présent code et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation sont incluses dans les ressources, dans la limite d'un forfait calculé selon les modalités fixées aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 844-3.

Cependant, lorsque les personnes autres que le bénéficiaire mentionnées aux 2° et 3° de l'article R. 844-3 ne sont pas prises en compte pour l'attribution des aides personnelles au logement, elles sont exclues du calcul de ce forfait.

II.-Le complément familial majoré, mentionné à l'article L. 522-3, est pris en compte pour la détermination du montant de prime d'activité, à hauteur d'un forfait égal à 41,65 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales déterminée en application de l'article L. 551-1.

III.-L'allocation de soutien familial mentionnée à l'article L. 523-1 est prise en compte pour la détermination du montant de prime d'activité, dans la limite d'un forfait égal à :

1° 30 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales déterminée en application de l'article L. 551-1 pour chaque enfant mentionné au 1° de l'article L. 523-3 ;

2° 22,5 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales déterminée en application de l'article L. 551-1 pour chaque enfant mentionné au 2° de l'article L. 523-3.

Article R844-5

Sont exclues des ressources prises en compte pour le calcul de la prime d'activité les prestations et aides sociales suivantes :

- 1° La prime à la naissance ou à l'adoption mentionnée à l'article L. 531-2 ;
- 2° L'allocation de base mentionnée à l'article L. 531-3 jusqu'au dernier jour du mois civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge de trois mois lorsqu'elle est versée aux bénéficiaires dans les situations mentionnées à l'article L. 842-7 ;
- 3° La majoration pour âge des allocations familiales mentionnée à l'article L. 521-3 ainsi que l'allocation forfaitaire instituée par le second alinéa de l'article L. 521-1 ;
- 4° L'allocation de rentrée scolaire mentionnée à l'article L. 543-1 ;
- 5° Le complément de libre choix du mode de garde mentionné aux articles L. 531-5 à L. 531-9 ;
- 6° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments mentionnés à l'article L. 541-1, la majoration spécifique pour personne isolée mentionnée à l'article L. 541-4 ;
- 7° L'allocation journalière de présence parentale mentionnée à l'article L. 544-1 du présent code ;
- 8° Les primes de déménagement prévues par les articles L. 542-8 du présent code et L. 351-5 du code de la construction et de l'habitation ;
- 9° La prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles pour l'ensemble des éléments visés à l'article L. 245-3 du même code ;
- 10° L'allocation compensatrice prévue au chapitre V du titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, lorsque l'une ou l'autre sert à rémunérer un tiers ne faisant pas partie du foyer du bénéficiaire de la prime d'activité ;
- 11° Les prestations en nature dues au titre des assurances maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ou au titre de l'aide médicale de l'Etat ;
- 12° L'allocation de remplacement pour maternité prévue par les articles L. 613-19-1 et L. 722-8-1 du présent code et L. 732-10 du code rural et de la pêche maritime ;
- 13° La prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R. 432-10 ;
- 14° Les aides et secours financiers dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que des aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille, notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation ;
- 15° La prime de retour à l'emploi et de l'aide personnalisée de retour à l'emploi mentionnées respectivement aux articles L. 5133-1 et L. 5133-8 du code du travail ainsi que l'allocation mentionnée à l'article L. 5131-6 du même code ;
- 16° Les bourses d'études ainsi que l'allocation pour la diversité dans la fonction publique ;
- 17° Les frais funéraires mentionnés à l'article L. 435-1 ;
- 18° Le capital décès servi par un régime de sécurité sociale ;
- 19° L'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord prévue à l'article 125 de la loi n° 91-1322 du 30 décembre 1991 de finances pour 1992 ;
- 20° L'aide spécifique en faveur des conjoints survivants de nationalité française des membres des formations supplétives et assimilés, mentionnée aux premier et troisième alinéas de l'article 10 de la loi n° 94-488 du 11 juin 1994 relative aux rapatriés, anciens membres des formations supplétives et assimilés ou victimes de la captivité en Algérie ;

- 21° L'allocation de reconnaissance instituée par l' article 47 de la loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 de finances rectificative pour 1999 ;
- 22° Les mesures de réparation mentionnées à l' article 2 du décret n° 2000-657 du 13 juillet 2000 instituant une mesure de réparation pour les orphelins dont les parents ont été victimes de persécutions antisémites ;
- 23° Les mesures de réparation mentionnées à l' article 2 du décret n° 2004-751 du 27 juillet 2004 instituant une aide financière en reconnaissance des souffrances endurées par les orphelins dont les parents ont été victimes d'actes de barbarie durant la Deuxième Guerre mondiale ;
- 24° Le revenu de solidarité prévu à l' article L. 522-14 du code de l'action sociale et des familles ;
- 25° Le revenu de solidarité active prévu à l' article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- 26° Les gratifications perçues dans le cadre de stages effectués en application de l' article L. 124-1 du code de l'éducation .

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 5 : Dispositions propres aux non-salariés

Article R845-1

Les revenus professionnels soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires agricoles s'entendent des bénéfices de l'avant-dernière année précédant celle au cours de laquelle le droit à l'allocation est examiné ou révisé, ou ceux de la dernière année s'ils sont connus, pourvu qu'ils correspondent à une année complète d'activité.

Lorsque les bénéficiaires n'ont pas été imposés, ou ne correspondent pas à une année complète d'activité, les revenus professionnels sont calculés par l'organisme chargé du service de la prime d'activité en appliquant aux productions animales et végétales les éléments retenus pour le calcul des bénéfices agricoles forfaitaires figurant aux tableaux publiés au Bulletin officiel des finances publiques.

Les revenus professionnels pris en compte pour le calcul de la prime d'activité sont égaux au douzième des revenus annuels fixés en application des alinéas précédents.

Article R845-2

Les revenus professionnels soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux et des bénéficiaires non commerciaux s'entendent des bénéfices de l'avant-dernière année précédant celle au cours de laquelle le droit à l'allocation est examiné ou révisé, ou ceux de la dernière année s'ils sont connus, pourvu qu'ils correspondent à une année complète d'activité.

Les revenus professionnels pris en compte pour le calcul de la prime d'activité sont égaux au douzième des revenus annuels fixés en application de l'alinéa précédent.

Lorsque les bénéficiaires n'ont pas été imposés, ou ne correspondent pas à une année complète d'activité, et pour les travailleurs indépendants ayant opté pour le régime prévu à l'article L. 133-6-8, les revenus professionnels sont calculés par l'organisme chargé du service de la prime d'activité en appliquant au tiers du montant du chiffre d'affaires ou du total des recettes du trimestre précédant l'examen ou la révision du droit,

un abattement dont le taux correspond à celui qui est mentionné aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts pour chaque catégorie d'activité mentionnée auxdits articles.

Article R845-3

Pour les personnes mentionnées à l' article 62 du code général des impôts , les revenus perçus s'entendent des rémunérations avant déduction pour frais professionnels.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 6 : Attribution, service et financement de la prestation

Article R846-1

La demande du bénéfice de la prime d'activité est réalisée par téléservice. Elle peut également être réalisée par le dépôt d'un formulaire auprès de l'organisme chargé de son service.

La déclaration de l'exercice, de la prise ou de la reprise d'une activité professionnelle par un bénéficiaire du revenu de solidarité active vaut demande du bénéfice de la prime d'activité.

Article R846-2

L'allocation est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel la demande a été déposée conformément à l'article R. 846-1.

Article R846-3

La prime d'activité est versée mensuellement à terme échu.

Article R846-4

Lorsque, au sein du foyer, un des membres ou son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin est déjà allocataire au titre des prestations familiales ou du revenu de solidarité active, il est également l'allocataire au titre de la prime d'activité.

Dans le cas contraire, l'allocataire est celui qu'ils désignent d'un commun accord. Ce droit d'option peut être exercé à tout moment. L'option ne peut être remise en cause qu'au bout d'un an, sauf changement de situation. Si ce droit d'option n'est pas exercé, l'allocataire est celui qui a déposé la demande d'allocation.

Article R846-5

Le bénéficiaire de la prime d'activité est tenu de faire connaître à l'organisme chargé du service de la prestation toutes informations nécessaires à l'établissement et au calcul des droits, relatives à sa résidence, à sa situation de famille, aux activités, aux ressources et aux biens des membres du foyer. Il doit faire connaître à cet organisme tout changement intervenu dans l'un ou l'autre de ces éléments.

Article R846-6

Les caisses de mutualité sociale agricole assurent le service de la prime d'activité :

1° Lorsque le bénéficiaire, son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin relève du régime des non-salariés des professions agricoles ;

2° Lorsque le bénéficiaire, son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin est salarié agricole, chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ou artisan rural, sauf si des prestations familiales sont versées à l'un ou à l'autre par une caisse d'allocations familiales.

Article R846-7

Si un bénéficiaire qui n'a ni conjoint, ni partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ni concubin, ni personne à charge est hospitalisé dans un établissement de santé, en bénéficiant d'une prise en charge par l'assurance maladie, le montant de sa prime calculé lors de la deuxième révision périodique suivant le début de l'hospitalisation est réduit de 50 %. Cette disposition n'est pas applicable aux personnes en état de grossesse.

La réduction de la prime n'est opérée que pendant les périodes durant lesquelles le bénéficiaire est effectivement accueilli dans un établissement de santé, à l'exclusion des périodes de suspension de la prise en charge par l'assurance maladie.

Le service de la prime est repris au taux normal, sans nouvelle demande, à compter du réexamen périodique suivant la fin de l'hospitalisation.

Article R846-8

Le droit à la prime d'activité de la personne incarcérée qui n'a ni conjoint, ni partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ni concubin, ni personne à charge, est suspendu à partir de la deuxième révision trimestrielle suivant le début de son incarcération.

Lorsque la personne incarcérée a un conjoint, un partenaire lié par un pacte civil de solidarité, un concubin ou une personne à charge, il est procédé au terme du délai mentionné au premier alinéa à un examen des droits dont bénéficient ces autres personnes, le bénéficiaire n'étant plus alors compté au nombre des membres du foyer.

Le droit à la prime d'activité est repris à compter du réexamen périodique du droit suivant la fin de l'incarcération.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui, conservant un enfant à charge, ont droit à la majoration mentionnée à l'article L. 842-7.

Article R846-9

La Caisse nationale des allocations familiales et la caisse centrale de Mutualité sociale agricole centralisent les opérations financières et comptables réalisées, au titre de la prime d'activité, respectivement par les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 7 : Contrôle, recours, récupération et lutte contre la fraude

Article R847-1

La téléprocédure et le formulaire relatifs à la prime d'activité prévus à l'article R. 846-1 font mention de la possibilité pour les organismes chargés du service de l'allocation d'effectuer les vérifications des déclarations des bénéficiaires.

Article R847-2

Le recours préalable mentionné à l'article L. 845-2 est adressé par la personne concernée à la commission de recours amiable dans le délai prévu à l'article R. 142-1.

La personne concernée peut considérer sa demande comme rejetée dans le délai prévu à l'article R. 142-6, et se pourvoir, le cas échéant, devant le tribunal administratif dans le délai prévu à l'article R. 421-1 du code de justice administrative .

Le recours présenté par une association régulièrement constituée depuis cinq ans au moins pour œuvrer dans les domaines de l'insertion professionnelle n'est recevable que s'il est accompagné d'un écrit de l'intéressé donnant mandat à l'association d'agir en son nom.

Article R847-3

Les décisions relatives à la prime d'activité mentionnent les voies de recours ouvertes aux personnes concernées et précisent les modalités du recours préalable institué par l'article L. 845-2.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre 8 : Suivi statistique, évaluation et observation

Article R848-1

Les informations mentionnées à l'article L. 846-2 sont transmises aux services statistiques des ministères chargés de l'action sociale et de l'emploi.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 5 : Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage

Chapitre 1 : Conditions générales d'attribution

Article R851-1

1° Pour l'aide mentionnée au I de l'article L. 851-1, la demande est déposée par l'organisme auprès du préfet du département et instruite par ses services. Elle comporte un état descriptif des différentes formes d'hébergement envisagées.

2° Pour l'aide mentionnée au II de l'article L. 851-1, la demande est déposée par la commune, l'établissement public de coopération intercommunale ou la personne morale qui gère l'aire d'accueil auprès du préfet du département et instruite par ses services. Elle comporte un état descriptif de la ou des aires d'accueil à destination des gens du voyage mentionnant notamment leur aménagement, le nombre de places de caravanes telles que définies aux articles 2 et 3 du décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage, ainsi que les conditions de gardiennage de ces aires.

Lorsque la gestion de l'aire est confiée à une personne morale visée au II de l'article L. 851-1, une copie de la convention signée à cet effet en application du II de l'article 2 de la loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage doit être jointe à la demande.

Article R851-2

I.-La convention prévue au I de l'article L. 851-1 est conclue entre l'organisme et le préfet du département où sont situés les hébergements. Elle prend effet le premier jour du mois suivant sa signature.

Elle fixe, pour chaque année civile, mois par mois, la capacité d'hébergement envisagée, en nombre et en types de logements, et le montant prévisionnel de l'aide qui en résulte.

Le montant de l'aide est liquidé chaque mois en fonction de la capacité d'hébergement effective, justifiée par l'organisme pour la totalité du mois, dans la limite du montant prévisionnel fixé par la convention.

L'aide est versée mensuellement, à terme échu, par les caisses d'allocations familiales.

II.-La convention prévue au II de l'article L. 851-1 est conclue par année civile avec le préfet du département dans lequel se situent la ou les aires d'accueil des gens du voyage.

Elle fixe le montant de l'aide mensuelle qui en résulte par aire d'accueil selon les modalités prévues au II de l'article R. 851-5 en fonction du nombre de places conformes aux articles 2 et 3 du décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage, effectivement disponibles mois par mois et de la prévision d'occupation mensuelle de ces places.

Elle précise dans les conditions définies au II de l'article R. 851-6 les modalités de régularisation du versement de l'aide en fonction de l'occupation effective.

Un arrêté conjoint des ministres chargés du logement, de la sécurité sociale et du budget définit les mentions qui doivent figurer obligatoirement à la convention.

L'aide est versée mensuellement, à terme échu, au gestionnaire de l'aire par la caisse d'allocations familiales dans la limite du montant prévisionnel fixé par la convention.

Article R851-3

I. - En application du I de l'article L. 851-1, peuvent seuls faire l'objet d'une convention les hébergements comportant *condition d'obtention* :

1. Un poste d'eau potable et un w.-c. à proximité immédiate ;
2. Un moyen de chauffage adapté au climat.

II. - En application du II de l'article L. 851-1, peuvent seules faire l'objet d'une convention les aires d'accueil satisfaisant aux normes techniques fixées par le décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage.

Article R851-4

L'organisme doit s'assurer que les étrangers hébergés au titre de l'aide prévue au I de l'article L. 851-1 sont en possession d'un titre de séjour en cours de validité d'une durée supérieure à trois mois ou d'un récépissé de demande de renouvellement de ce titre.

Les étrangers âgés de moins de dix-huit ans peuvent produire, à défaut d'un des documents prévus à l'alinéa précédent, soit un extrait d'acte de naissance en France, soit un visa de long séjour, soit un certificat de contrôle médical délivré par l'Office des migrations internationales à l'issue de la procédure de regroupement familial et comportant leur nom.

Article R851-5

I.-Pour chaque hébergement mentionné dans la convention prévue au I de l'article L. 851-1, le montant de l'aide mensuelle est égal à la somme d'un plafond de loyer mensuel et d'une majoration forfaitaire au titre des charges.

Les montants mensuels des plafonds de loyer et de la majoration forfaitaire sont fixés au 1er janvier de chaque année selon la capacité d'accueil dans le logement et la zone géographique, par référence aux montants définis aux articles D. 542-21 et D. 755-28, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et du logement.

II.-Pour chaque aire d'accueil mentionnée dans la convention prévue au II de l'article L. 851-1, l'aide mensuelle est égale à l'addition des montants suivants :

1° Un montant fixe déterminé en fonction du nombre total de places effectivement disponibles et conformes aux articles 2 et 3 du décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage ;

2° Un montant variable déterminé en fonction de l'occupation effective de ces places.

Le montant prévu au présent 2° est calculé à partir du taux moyen d'occupation mensuel des places.

Ce taux est égal au nombre de jours prévisionnel d'occupation mensuelle des places divisé par le nombre de places effectivement disponibles. Cette prévision repose notamment sur les taux moyens d'occupation mensuels de ces places observés les deux années précédentes.

Les montants mentionnés au 1° et 2° du présent II sont déterminés à partir des montants mensuels par place fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et du logement.

Article R851-6

I.-Au titre de l'aide mentionnée au I de l'article L. 851-1, avant la fin de chaque année civile, l'organisme adresse au préfet et à la caisse d'allocations familiales :

1° Un bilan d'occupation des douze derniers mois arrêté au 30 septembre ;

2° La capacité d'hébergement envisagée mois par mois, en nombre et en types de logements, pour l'année à venir ;

3° Ses comptes à la date du 30 septembre.

Au vu de ces documents, le préfet et l'organisme signent un avenant annuel à la convention, qui prend effet le 1er janvier.

L'organisme est tenu d'adresser chaque année ses comptes définitifs au préfet et à la Caisse d'allocations familiales.

II.-Au titre de l'aide mentionnée au II de l'article L. 851-1, le gestionnaire de l'aire ou des aires adresse au préfet et à la caisse d'allocations familiales avant le 15 janvier de l'année suivante, pour chaque aire, la déclaration dont le modèle est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et du logement, qui comporte notamment pour l'année précédente :

1° Le nombre de places conformes aux articles 2 et 3 du décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage et effectivement disponibles chaque mois ;

2° Le nombre de jours d'occupation mensuelle effective par place ;

3° Le montant de la recette mensuelle des droits d'occupation des places acquittés par les gens du voyage ;

4° Les pièces justificatives des éléments déclarés.

Il est joint à la déclaration le rapport de visite mentionné à l'article 4 du décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 susmentionné ainsi qu'un état arrêté à la date du 31 décembre indiquant pour les douze derniers mois l'aide versée par la caisse d'allocations familiales, le montant de la recette mentionnée au 3° perçue ainsi que les dépenses de fonctionnement et d'entretien de l'aire.

En cas de défaut de déclaration à la date prévue au premier alinéa du présent II, le préfet met en demeure le gestionnaire de la produire dans le délai de quinze jours. A défaut de régularisation dans ce délai, le préfet notifie au gestionnaire bénéficiaire de l'aide une décision de restitution des versements. Cette décision est communiquée à la caisse d'allocations familiales afin qu'elle mette en œuvre la restitution des versements effectués l'année précédente au titre du 2° du II de l'article R. 851-5.

Lorsque le contrôle sur pièces des déclarations fait apparaître une discordance entre le nombre de jours d'occupation mensuelle effective par place et la recette mensuelle de l'aire, le préfet, après avoir invité le gestionnaire à présenter ses observations, lui notifie au plus tard le dernier jour du mois de février le montant qu'il retient pour le versement de l'aide au titre du 2° du II de l'article R. 851-5. Dans le même délai, la décision est communiquée à la caisse d'allocations familiales afin qu'elle engage la procédure de versement ou de récupération de la différence entre le montant de l'aide prévisionnelle versée et le montant arrêté par le préfet.

Article R851-7

I.-La convention prévue au I de l'article L. 851-1 peut être résiliée par l'une des deux parties avec un préavis de trois mois.

Toutefois, en cas de méconnaissance des finalités de l'aide au logement des personnes défavorisées, ou en l'absence de production des documents mentionnés à l'article R. 851-6, le préfet peut résilier la convention dans le délai d'un mois après une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception *condition de forme*.

Dans tous les cas, le versement de l'aide cesse à compter du premier jour du mois suivant celui de la résiliation.

II.-La convention prévue au II de l'article L. 851-1 peut être résiliée par l'une des deux parties avec un préavis de trois mois.

Toutefois, en cas de non-respect des normes définies par le décret n° 2001-569 du 29 juin 2001 relatif aux normes techniques applicables aux aires d'accueil des gens du voyage, le préfet peut résilier la convention dans le délai d'un mois après une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception.

Le versement de l'aide cesse à compter du premier jour du mois suivant celui de la résiliation.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 5 : Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage

Chapitre 2 : Dispositions financières

Article R852-1

Le financement des aides définies à l'article L. 851-1 est assuré par une contribution des régimes de prestations familiales et par une contribution de l'Etat, fixées en fonction des caractéristiques des personnes accueillies par les associations, selon une répartition déterminée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'action sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Article R852-2

Les dépenses occasionnées aux caisses d'allocations familiales par la gestion des aides définies à l'article L. 851-1 sont remboursées par une contribution de l'Etat et de la caisse centrale de mutualité sociale agricole à concurrence d'un montant égal à un pourcentage des contributions dues par ceux-ci au titre de l'article R. 852-1. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'action sociale et de l'agriculture.

Article R852-3

La Caisse nationale des allocations familiales fait connaître à l'Etat au titre des aides prévues à l'article L. 851-1 :

1° Au cours de chaque mois, le montant des aides versées pendant le mois précédent ;

2° Au cours du premier trimestre de chaque année, le montant total des aides versées au cours de l'année précédente et des frais administratifs exposés pendant la même période.

Une ventilation des dépenses est effectuée entre celles qui relèvent du I et celles qui relèvent du II de l'article L. 851-1.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et crédit d'impôt

Chapitre 1er : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé

Section 1 : Dispositions relatives à la résidence.

Article R861-1

I.-Les personnes qui n'exercent pas d'activité professionnelle doivent justifier de leur résidence stable dans les conditions prévues à l'article L. 160-5.

II.-Pour les personnes qui exercent une activité professionnelle, la condition de stabilité de la résidence est satisfaite dès lors qu'elles présentent un justificatif démontrant qu'elles remplissent l'une des conditions suivantes :

1° Etre affiliée à un régime obligatoire de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle sur le territoire métropolitain, en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin, dont elles peuvent attester par tout moyen qu'elle doit excéder une durée de trois mois ou, lorsque l'activité professionnelle de ces personnes est inférieure à trois mois, démontrer la stabilité de leur résidence dans les conditions prévues à l'article L. 160-5.

2° Etre inscrite à un stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail pour une durée supérieure à trois mois ;

3° Etre bénéficiaire de l'allocation prévue à l'article L. 821-1 ;

4° Etre bénéficiaire des revenus de remplacement prévus à l'article L. 5421-2 du code du travail.

Section 2 : Dispositions relatives aux ressources.

Sous-section 1 : Dispositions communes.

Article R861-2

Le foyer mentionné à l'article L. 861-1 se compose de l'auteur de la demande de protection complémentaire en matière de santé, ainsi que, le cas échéant, de son conjoint ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité lorsqu'ils sont soumis à une imposition commune, de son concubin, des personnes suivantes, considérées comme étant à charge, si elles sont à la charge réelle et continue du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité :

1° Les enfants et les autres personnes, âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande, rattachés au foyer fiscal du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

2° Les enfants du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande, vivant sous le même toit que le demandeur et ayant établi une déclaration au titre de l'impôt sur le revenu en leur nom propre ;

3° Les enfants majeurs du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité âgés de moins de vingt-cinq ans à la date du dépôt de la demande et qui reçoivent une pension faisant l'objet d'une déduction fiscale prévue à l'article 80 septies du code général des impôts, et dont le versement ne fait pas suite à une décision judiciaire.

Les enfants mineurs en résidence alternée au domicile de chacun de leurs parents en application de l'article 373-2-9 du code civil sont considérés à la charge réelle et continue de leurs deux parents ou à la charge réelle et continue de l'un d'entre eux en fonction de leur rattachement fiscal au titre des dispositions du quatrième alinéa du I de l'article 194 du code général des impôts.

L'imposition commune du conjoint ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le rattachement prévu au 1° et à l'alinéa précédent, la déclaration prévue au 2° et la pension mentionnée au 3° sont pris en compte conformément au dernier avis d'imposition ou de non-imposition, ou de la dernière déclaration effectuée au titre de l'impôt sur le revenu si celle-ci est plus récente. Toutefois, le rattachement au foyer du concubin s'apprécie à la date du dépôt de la demande de protection complémentaire en matière de santé.

Article R861-3

Le plafond de ressources prévu à l'article L. 861-1 est majoré :

1° De 50 % au titre de la deuxième personne membre du foyer tel que défini à l'article R. 861-2 ;

2° De 30 % au titre de la troisième et de la quatrième personnes ;

3° De 40 % par personne supplémentaire à compter de la cinquième personne.

Les taux sont réduits de moitié pour les enfants mineurs en résidence alternée au domicile de chacun des parents lorsqu'ils sont réputés à la charge égale de l'un ou de l'autre parent en application du quatrième alinéa du I de l'article 194 du code général des impôts.

Pour l'application du présent article, le rang des personnes membres du foyer est déterminé en fonction de la composition du foyer considéré dans l'ordre décroissant suivant :

1° Le conjoint ou concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;

2° Les enfants et autres personnes mentionnés aux deuxième à quatrième alinéas (1° à 3°) de l'article R. 861-2, par ordre décroissant d'âge.

Article R861-4

Les ressources prises en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé comprennent, sous les réserves et selon les modalités de calcul ci-après, l'ensemble des ressources nettes de prélèvements sociaux obligatoires, de contribution sociale généralisée et de contributions pour le remboursement de la dette sociale, de quelque nature qu'elles soient, des personnes composant le foyer, tel qu'il est défini à l'article R. 861-2, y compris les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers et par des capitaux.

Article R861-5

Les avantages en nature procurés par un logement occupé soit par son propriétaire ne bénéficiant pas d'aide personnelle au logement, soit, à titre gratuit, par les membres du foyer du demandeur sont évalués mensuellement et de manière forfaitaire :

1° A 12 % du montant forfaitaire prévu à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles fixé pour un allocataire lorsque le foyer se compose d'une personne ;

2° A 14 % du montant forfaitaire prévu à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles fixé pour deux personnes lorsque le foyer se compose de deux personnes ;

3° A 14 % du montant forfaitaire prévu à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles fixé pour trois personnes lorsque le foyer se compose de trois personnes ou plus.

Article R861-6

Pour l'appréciation des ressources, les biens non productifs de revenu sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50 % de leur valeur locative telle que définie aux articles 1494 à 1508 et 1516 à 1518 B du code général des impôts s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de la valeur locative telle que définie aux articles 1509 à 1518 A du code général des impôts s'il s'agit de terrains non bâtis, et à 3 % du montant des capitaux.

L'alinéa précédent ne s'applique pas aux avantages mentionnés à l'article R. 861-5.

Le revenu procuré par les immeubles bâtis et terrains non bâtis, situés sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, est déterminé en appliquant les pourcentages fixés au premier alinéa à la valeur locative de la résidence principale du demandeur.

Article R861-6-1

Sous réserve des dispositions de l'article R. 861-10, les avantages en nature autres que ceux prévus à l'article R. 861-5 et les libéralités servis par des tiers sont pris en compte lorsqu'ils excèdent 7 % du plafond prévu à l'article L. 861-1 pour une personne seule.

Article R861-7

Les aides personnelles au logement instituées par les articles L. 542-1, L. 755-21 et L. 831-1 du présent code et l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ne sont incluses dans les ressources qu'à concurrence d'un forfait égal à :

1° 12 % du montant forfaitaire prévu à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles applicable à un foyer composé d'une seule personne, lorsque le foyer est composé d'une personne ;

2° 16 % du montant forfaitaire prévu à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles applicable à un foyer composé de deux personnes, lorsque le foyer est composé de deux personnes ;

3° 16,5 % du montant forfaitaire prévu à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles applicable à un foyer composé de trois personnes, lorsque le foyer est composé d'au moins trois personnes.

Article R861-8

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues au cours de la période des douze mois civils précédant la demande, sous réserve des dispositions des articles R. 861-14 et R. 861-15.

Les rémunérations d'activité perçues par toute personne mentionnée à l'article R. 861-2 pendant la période de référence sont affectées d'un abattement de 30 % :

1° Si l'intéressé justifie d'une interruption de travail supérieure à six mois dans les conditions mentionnées à l'article R. 324-1 ;

2° S'il se trouve en chômage total et perçoit l'allocation d'assurance prévue à l'article L. 351-3 du code du travail ou s'il se trouve en chômage partiel et perçoit l'allocation spécifique prévue à l'article L. 351-25 du même code ; la rémunération perçue par les personnes relevant des conventions conclues en application du deuxième alinéa de l'article L. 961-1 du même code est assimilée, pendant la durée de la formation et pour l'application de l'abattement précité, à l'allocation de chômage à laquelle elle s'est substituée lors de l'entrée en formation ;

3° S'il perçoit l'allocation d'insertion prévue à l'article L. 351-9 du code du travail ;

4° S'il perçoit l'allocation de solidarité spécifique prévue à l'article L. 351-10 du code du travail ;

5° S'il est sans emploi et perçoit une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle.

Il n'est pas tenu compte des rémunérations de stages de formation professionnelle légales, réglementaires ou conventionnelles perçues pendant l'année de référence lorsque l'intéressé justifie que la perception de celles-ci est interrompue de manière certaine et qu'il ne peut prétendre à un revenu de substitution.

Article R861-9

Sont déduites des ressources les charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires.

Article R861-10

Ne sont pas prises en compte dans les ressources les prestations suivantes :

1° L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments institués par les articles L. 541-1 et L. 755-20, ainsi que la majoration mentionnée à l'article L. 541-4 ;

2° L'allocation de rentrée scolaire instituée par les articles L. 543-1 et L. 755-22 ;

3° Les primes de déménagement instituées par les articles L. 542-8 et L. 755-21 du présent code et par l'article L. 351-5 du code de la construction et de l'habitation ;

4° La prestation complémentaire pour recours à tierce personne et les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, l'allocation compensatrice prévue au chapitre V du titre IV du livre II du même code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du même code ;

5° Les prestations en nature dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail ;

6° Les indemnités complémentaires et allocations de remplacement instituées par les articles L. 613-19-1, L. 613-19-2, L. 722-8-1 et L. 722-8-3 et par les articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime ;

7° L'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail prévue à l'article L. 434-1 ;

8° La prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R. 432-10 et à l'article L. 751-8 du code rural et de la pêche maritime et à l'article R. 751-40 du code rural et de la pêche maritime ;

9° La prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée aux articles L. 531-1 et L. 755-19, à l'exception de la prestation partagée d'éducation de l'enfant ;

10° Les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation ;

11° Les bourses d'études des enfants mentionnés à l'article R. 861-2, sauf les bourses de l'enseignement supérieur ;

12° Les frais funéraires mentionnés à l'article L. 435-1 et aux articles L. 751-8 et L. 752-3 du code rural et de la pêche maritime ;

13° Le capital-décès servi par un régime de sécurité sociale ;

14° L'allocation du fonds de solidarité en faveur des anciens combattants d'Afrique du Nord créée par l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) ;

15° L'aide spécifique en faveur des conjoints survivants des membres des formations supplétives instituée aux premier et troisième alinéas de l'article 10 de la loi n° 94-488 du 11 juin 1994 ;

16° Les indemnités et prestations versées aux volontaires en service civique en application de l'article L. 120-21 du code du service national.

Sous-section 2 : Dispositions particulières applicables aux travailleurs non salariés.

Article R861-14

Le calcul des ressources des personnes non salariées des professions agricoles prises en compte pour leur admission au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé prend en considération leurs revenus professionnels déterminés selon les dispositions de l'article 1003-12 du code rural.

Dans les départements d'outre-mer, le revenu professionnel est constitué par le bénéfice imposable tel qu'il ressort des derniers avis d'imposition. Toutefois, en l'absence d'imposition du demandeur de la protection complémentaire, le préfet peut, à la demande de l'intéressé et pour tenir compte de situations exceptionnelles, évaluer les revenus de celui-ci au vu des éléments d'appréciation qui lui sont fournis.

Article R861-15

Le calcul des ressources des personnes non salariées des professions non agricoles prises en compte pour leur admission au bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé prend en considération leurs revenus professionnels déterminés selon les dispositions de l'article L. 131-6.

Si la demande de protection complémentaire est présentée au cours de la première année d'activité professionnelle non salariée non agricole, les revenus sont calculés sur la base de ceux de l'année civile précédant la création de l'entreprise.

Si la demande est présentée au cours des six premiers mois de la deuxième année d'activité, les revenus sont calculés sur la base d'une déclaration sur l'honneur, accompagnée des justificatifs nécessaires attestant que les revenus perçus au cours de la première année d'activité sont inférieurs au plafond prévu à l'article L. 861-1 ou, le cas échéant, que la fraction des revenus du foyer correspondant à ceux perçus au cours de la première année au titre de l'activité non salariée non agricole ne porte pas le total des ressources du foyer au-dessus du plafond prévu à l'article L. 861-1.

Si la demande est présentée au cours des six derniers mois de la deuxième année d'activité, les revenus sont calculés sur la base de ceux de la première année d'activité.

Lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, ils sont évalués selon un forfait correspondant à une fraction du plafond annuel de la sécurité sociale déterminé par arrêté des ministres chargés du commerce et de l'artisanat, du budget et de la sécurité sociale.

Si l'intéressé a disposé de revenus professionnels inférieurs à ceux qui résultent de l'évaluation forfaitaire, il peut, en produisant les éléments d'appréciation nécessaires, demander au préfet de fixer le montant de ses revenus qui sera retenu.

Sous-section 3 : Evaluation des éléments de train de vie.

Article R861-15-1

I.-L'évaluation forfaitaire du train de vie prévue à l'article L. 861-2-1 prend en compte les éléments et barèmes suivants :

1° Propriétés bâties détenues ou occupées par le demandeur ou le bénéficiaire : valeur locative annuelle définie aux articles 1494 à 1508 et 1516 à 1518 B du code général des impôts. Pour les propriétés situées sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, la valeur locative est celle du logement occupé par le demandeur ou le bénéficiaire ;

2° Propriétés non bâties détenues ou occupées par le demandeur ou le bénéficiaire : valeur locative annuelle définie aux articles 1509 à 1518 A du code général des impôts. Pour les propriétés situées sur un territoire dans lequel aucune valeur locative n'est applicable ou ne peut être connue, la valeur locative est celle du logement occupé par le demandeur ou le bénéficiaire ;

3° Travaux, charges et frais d'entretien des immeubles : 80 % du montant des dépenses ;

4° Personnels et services domestiques : 80 % du montant des dépenses ;

5° Automobiles, bateaux de plaisance, motocyclettes : 25 % de la valeur vénale de chaque bien lorsque celle-ci est supérieure à 10 000 euros ;

6° Appareils électroménagers, équipements son-hifi-vidéo, matériels informatiques : 80 % du montant des dépenses lorsque celles-ci sont supérieures à 1 000 euros ;

7° Objets d'art ou de collection, articles de joaillerie et métaux précieux : 3 % de leur valeur vénale ;

8° Voyages, séjours en hôtels et locations saisonnières, restaurants, frais de réception, biens et services culturels, éducatifs, de communication ou de loisirs : 80 % du montant des dépenses ;

9° Clubs de sports et de loisirs, droits de chasse : 80 % du montant des dépenses ;

10° Capitaux : 10 % du montant à la fin de la période de référence.

II.-Pour l'application du présent article :

1° Les dépenses sont celles réglées au bénéfice du foyer du demandeur ou du bénéficiaire pendant la période de référence ;

2° La valeur vénale des biens est la valeur réelle à la date de la disposition. Sont retenus notamment à fin d'évaluation, lorsqu'ils existent :

- a) Le montant garanti par le contrat d'assurance ;
- b) L'estimation particulière effectuée par un professionnel ;
- c) La référence issue d'une publication professionnelle faisant autorité.

Article R861-15-2

La période de référence est celle prévue à l'article R. 861-8.

Article R861-15-3

Les biens et services énumérés à l'article R. 861-15-1 ne sont pas pris en compte lorsqu'ils ont été détenus ou utilisés à usage professionnel. En cas d'usage mixte, l'évaluation est effectuée au prorata de l'utilisation à usage privé ou personnel.

Article R861-15-4

Lorsqu'il est envisagé de faire usage de la procédure prévue à l'article L. 861-2-1, l'organisme de sécurité sociale en informe le demandeur ou le bénéficiaire de la prestation, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette lettre a pour objet :

1° De l'informer de l'objet de la procédure engagée, de son déroulement, de ses conséquences, de sa possibilité de demander à être entendu et à être assisté, lors de cet entretien, du conseil de son choix, des sanctions applicables en cas de déclarations fausses ou incomplètes et de ce que le résultat de cette évaluation sera transmis aux autres organismes de sécurité sociale qui lui attribuent, le cas échéant, des prestations sous conditions de ressources ;

2° De l'inviter à renvoyer, dans un délai de trente jours, le questionnaire adressé par l'organisme visant à évaluer les différents éléments de son train de vie accompagné de toutes les pièces justificatives, en précisant qu'à défaut de réponse complète dans ce délai, les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale seront appliquées.

Article R861-15-5

Si le montant du train de vie évalué forfaitairement en application de l'article R. 861-15-1 est supérieur ou égal à une somme correspondant au double du plafond défini, selon les cas, à l'article L. 861-1 ou à l'article L. 863-1, augmentée des revenus perçus, pour la période de référence, au titre des prestations et rémunérations exclues en tout ou en partie, pour l'appréciation des ressources déclarées, en application des articles R. 861-8 et R. 861-10, la disproportion marquée entre le train de vie et les ressources déclarées est constatée. Dans ce cas, l'évaluation forfaitaire des éléments du train de vie est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

Article R861-15-6

Lorsque les ressources prises en compte selon l'évaluation forfaitaire du train de vie ne donnent pas droit à la prestation, l'attribution ou le renouvellement de la prestation n'est pas refusé en cas de circonstances exceptionnelles liées notamment à la situation économique et sociale du foyer, ou s'il est établi que la disproportion marquée a cessé. En cas de refus, la décision est notifiée au demandeur ou au bénéficiaire, par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle est motivée et indique les voies de recours dont dispose l'intéressé.

Article R861-15-7

Les organismes locaux de sécurité sociale rendent compte sans délai à l'organisme national chargé de coordonner leur activité de chacune des évaluations effectuées, après suppression de tout élément d'identification des personnes concernées, en précisant :

- 1° Le cas échéant, si le demandeur ou le bénéficiaire a transmis une réponse à la demande d'évaluation dans le délai prescrit ;
- 2° Le sens de la décision prise à l'issue de l'évaluation ;
- 3° Les éléments de train de vie qui ont fait l'objet de l'évaluation ;
- 4° Le cas échéant, la nature et le montant de la sanction prononcée en cas de fraude ou de fausse déclaration.

L'organisme national mentionné au premier alinéa transmet périodiquement un bilan de ces éléments au ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 3 : Modalités d'attribution.

Article R861-16

I.-Pour bénéficier de la protection complémentaire en matière de santé, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 adressent à la caisse d'assurance maladie dont elles relèvent un dossier comprenant un formulaire de demande conforme à un modèle défini par arrêté ainsi que les renseignements relatifs à la composition et aux revenus du foyer, sauf si le dossier est établi par voie électronique conformément aux dispositions prévues aux A et C du I de l'article R. 262-103 et à l'article R. 262-104-1 du code de l'action sociale et des familles. La demande comporte l'indication de l'organisme mentionné à l'article L. 861-4 choisi pour assurer la protection complémentaire.

Si le demandeur ne peut produire les éléments d'appréciation relatifs aux revenus du foyer, il atteste sur l'honneur que ces revenus ne dépassent pas le plafond prévu à l'article L. 861-1.

Les conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité et autres personnes rattachées au foyer au titre des situations prévues aux 1° ou 3° de l'article R. 861-2 peuvent, lorsque la situation ayant justifié ce rattachement prend fin, demander à bénéficier à titre personnel de la protection complémentaire en matière de santé. S'ils ne sont pas en mesure de fournir les justificatifs relatifs à leurs ressources, ils peuvent produire une déclaration sur l'honneur et les éléments d'appréciation en leur possession sur leurs revenus, en s'engageant à établir dorénavant une déclaration de revenu distincte de celle du foyer fiscal auquel ils étaient antérieurement attachés.

II.-La décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé est prise par le préfet du département dans lequel est situé le siège de la caisse d'affiliation du demandeur. Il peut déléguer par arrêté sa compétence aux directeurs des caisses d'assurance maladie du département.

Le préfet ou le directeur de la caisse d'assurance maladie notifie sa décision à l'intéressé dans un délai de deux mois à compter de la réception par la caisse d'assurance maladie compétente du dossier complet de demande d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. Il délivre à chaque bénéficiaire âgé de seize ans révolus une attestation du droit à la protection complémentaire mentionnant la période d'ouverture du droit et l'adresse de l'organisme qui en assure le service.

Article R861-17

Après que la décision d'attribution de la protection complémentaire a été prise conformément à l'article R. 861-16, si le bénéficiaire a choisi un organisme mentionné au b de l'article L. 861-4, la caisse d'assurance maladie à laquelle il est affilié transmet sans délai à cet organisme les renseignements relatifs au bénéficiaire et aux personnes à sa charge. Il lui indique notamment si l'une ou plusieurs de ces personnes sont des enfants mineurs en résidence alternée chez chacun de leurs parents considérés à la charge réelle et continue de leurs deux parents en application de l'avant-dernier alinéa de l'article R. 861-2.

L'organisme adresse au bénéficiaire un formulaire d'adhésion ou un contrat prévu à l'article L. 861-5 qui précise le contenu et les modalités de la prise en charge consentie au titre de la protection complémentaire en matière de santé, la date à laquelle les droits sont ouverts et à laquelle le contrat ou l'adhésion prend effet, ainsi que les conditions dans lesquelles le contrat ou l'adhésion prend fin. Ce formulaire d'adhésion ou ce contrat ne peut comporter aucune disposition afférente à d'autres garanties.

Article R861-18

Le renouvellement de la protection complémentaire en matière de santé est demandé au moins deux mois avant l'expiration de la période pour laquelle elle a été attribuée, selon les modalités prévues au I de l'article R. 861-16.

Les dispositions du II de l'article R. 861-16 et de l'article R. 861-17 sont applicables à ce renouvellement.

Section 4 : Participation des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances à la protection complémentaire en matière de santé.

Article R861-19

I.-La déclaration prévue à l'article L. 861-7 est adressée au fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1.

L'organisme qui la souscrit s'engage à accueillir et à renseigner les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 dans toutes ses implantations compétentes en matière d'assurance complémentaire de santé. La liste de ces implantations est annexée à la déclaration.

Les organismes inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7 actualisent chaque année, avant le 1er novembre, les indications figurant sur la déclaration prévue au premier alinéa et la liste prévue au deuxième alinéa du présent article.

II.-Au vu de la déclaration et de la liste des implantations mentionnées aux premier et deuxième alinéas du I, le directeur du fonds inscrit l'organisme sur la liste mentionnée à l'article L. 861-7 par décision publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale.

L'inscription prend effet à compter du 1er janvier si la déclaration de l'organisme a été adressée au fonds avant le 1er novembre de l'année précédente. Elle se renouvelle par tacite reconduction par année civile sous réserve d'une renonciation adressée au fonds avant le 1er novembre de l'année précédente.

Toute décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé emporte, pour l'organisme inscrit sur la liste, l'obligation de servir au bénéficiaire les prestations prévues à l'article L. 861-3 pendant un an à compter de la date d'effet de la décision d'attribution.

III.-Le fonds met à disposition du public sur son site internet la liste des organismes participant à la protection complémentaire en matière de santé et celle des implantations qu'ils lui ont déclarées.

Article R861-20

Dans les cas mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 861-7, la radiation de la liste prévue à cet article n'est prononcée par le directeur du fonds qu'après que l'organisme de protection complémentaire a été mis à même de présenter des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales. Il dispose à cet effet d'un délai d'un mois à compter de la notification des faits qui lui sont reprochés. Il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix.

L'organisme qui a fait l'objet d'une radiation ne peut faire l'objet d'une nouvelle inscription sur la liste, à sa demande, avant la troisième année suivant sa radiation.

Article R861-21

Lorsque l'organisme de protection complémentaire n'est plus en mesure d'honorer les clauses du contrat ou de l'adhésion, ou lorsqu'il a été radié de la liste dans les conditions prévues à l'article R. 861-20, le service des prestations de la protection complémentaire en matière de santé est assuré, jusqu'à l'expiration de la période prévue au dernier alinéa de l'article L. 861-5, par l'organisme mentionné à l'article L. 861-6.

Section 5 : Remboursement des prestations versées à tort.

Article R861-22

Pour l'application de l'article L. 861-10, les organismes mentionnés à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations de la protection complémentaire en matière de santé versées à tort en émettant à l'encontre du débiteur un avis des sommes à payer. Cet avis précise les dates des soins ou prestations effectués et les dates et les montants correspondants des versements effectués à tort. A peine de nullité, cet avis, établi en deux exemplaires, informe le débiteur qu'il peut demander la remise ou la réduction de sa dette, dans un délai d'un mois à compter de la notification de l'avis des sommes à payer. Cette demande est déposée auprès de l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer. Le recouvrement de la somme due ne peut intervenir pendant ce délai.

Article R861-23

La demande de remise ou de réduction de dette est transmise par l'organisme mentionné à l'article R. 861-22 au préfet territorialement compétent en application de la première phrase du II de l'article R. 861-16, accompagnée du second exemplaire de l'avis des sommes à payer, dans un délai de quinze jours à compter de la réception de cette demande à peine de nullité de sa créance.

Article R861-24

La décision du préfet mentionné à l'article R. 861-23 est notifiée au débiteur et à l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer en application de l'article R. 861-22. La décision mentionne le montant de la somme due et, le cas échéant, le montant de la remise ou réduction accordée.

Article R861-25

La dette restant à la charge du débiteur mentionné à l'article R. 861-22 peut être remboursée selon un échéancier établi par l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer.

Article R861-26

La décision de remise ou de réduction de dette éteint la créance ou fraction de créance correspondante de l'organisme qui a émis l'avis des sommes à payer à l'encontre du débiteur. Si cette créance est consécutive au retrait ou à l'annulation contentieuse de la décision d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé, les versements effectués au titre du a de l'article L. 862-2, ainsi que les déductions antérieurement déclarées par l'organisme en application du 2° du I de l'article R. 862-11, se rapportant à la personne et aux périodes concernées, restent acquis à l'organisme concerné.

Section 6 : Pénalités.

Article R861-27

Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1 et 2 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre Ier sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé.

Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1, 4, 5 et 6 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre Ier sont applicables aux professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux, recevant des bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé ou leur servant des prestations.

Article R861-29

Lorsque la pénalité financière est prononcée au titre du premier alinéa de l'article R. 861-27, la notification de payer mentionne que la dette doit être réglée dans un délai d'un mois et qu'un échelonnement du paiement peut être accordé, sur une durée maximale de douze mois, sur demande motivée de l'intéressé.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et crédit d'impôt

Chapitre 2 : Dispositions relatives à l'organisation et à la gestion du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Section 1 : Dispositions relatives à l'organisation et à la gestion du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Sous-section 1 : Dispositions relatives à l'organisation et à la gestion budgétaire et comptable du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Article R862-1

Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article R862-2

Le conseil d'administration du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie comprend sept membres :

1° Le président ;

2° Trois représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;

3° Deux représentants du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'économie.

Le président est nommé, pour une période de cinq ans renouvelable, par décret pris sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale. Les autres membres du conseil d'administration sont nommés pour la même durée, renouvelable, par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Les fonctions de président et administrateur sont exercées à titre gratuit. Elles ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

Article R862-3

Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement.

Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

En cas de partage égal des voix au sein du conseil d'administration, la voix du président est prépondérante.

Le directeur, le contrôleur budgétaire et l'agent comptable assistent avec voix consultative aux délibérations du conseil.

Article R862-4

Le conseil d'administration a pour rôle :

1° D'adopter le budget du fonds de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ;

2° D'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;

3° De proposer au Gouvernement toutes mesures tendant à maintenir l'équilibre financier du fonds ;

4° D'accepter les dons et legs ;

5° D'autoriser le directeur à passer les conventions relatives à la gestion de la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 et du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, qui lui sont soumises par celui-ci.

Les procès-verbaux des séances du conseil d'administration sont communiqués au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget dans les quinze jours qui suivent la réunion du conseil.

Article R862-5

Les délibérations portant sur le budget et le compte financier sont exécutoires dans les conditions prévues par le titre III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Les autres délibérations sont exécutoires à l'expiration du délai de vingt jours suivant la date de réception des procès-verbaux, par les ministres de tutelle à moins qu'ils n'aient fait connaître, dans ce délai, leur refus d'approuver ces délibérations.

Les ministres de tutelle peuvent, par décision notifiée avant l'expiration du délai, décider de renouveler celui-ci pour une durée de vingt jours, qui court à compter de la date de notification de la décision de renouvellement.

Article R862-6

Le conseil d'administration est assisté d'un conseil de surveillance dont les membres sont désignés pour une durée de cinq ans. Ce conseil de surveillance est composé de trente membres comprenant :

1° Trois membres de l'Assemblée nationale et trois membres du Sénat ;

2° Huit représentants des organisations oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale et choisis notamment au sein d'organismes exerçant une action sanitaire ou sociale ;

3° Six représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie :

a) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dont le président ou son représentant ;

b) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés, dont le président ou son représentant ;

c) Deux membres du conseil d'administration de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, dont le président ou son représentant.

4° Dix représentants des organismes de protection sociale complémentaire, à raison de :

a) Cinq représentants des organismes mutualistes, dont trois désignés par la Fédération nationale de la mutualité française, un désigné par la Fédération des mutuelles de France et un désigné par la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles ;

b) Trois représentants des entreprises d'assurance ;

1. Deux représentants de la Fédération française des sociétés d'assurance ;

2. Un représentant du groupement des entreprises mutuelles d'assurance ;

c) Deux représentants désignés par le centre technique des institutions de prévoyance.

Un représentant du ministre chargé des affaires sociales, un représentant du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de l'agriculture assistent aux réunions du conseil de surveillance.

Article R862-7

Le président du conseil de surveillance est nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale parmi les parlementaires qui en sont membres.

Les fonctions de président et de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Les frais de déplacement sont remboursés dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

Article R862-8

Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement ou par la majorité des membres du conseil.

Le conseil de surveillance est chargé d'assister le conseil d'administration dans la définition des orientations du fonds. Il donne son avis sur le rapport annuel d'activité du fonds. Le conseil d'administration peut le consulter sur toute question.

Il concourt au suivi et à l'analyse de la mise en oeuvre de la couverture maladie universelle dans ses aspects financier, sanitaire et social. Il établit à cet effet un rapport annuel transmis au conseil d'administration du fonds et au Parlement.

Article R862-9

Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est dirigé par un directeur, nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

En cas de vacance provisoire de l'emploi de directeur ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par un agent de l'établissement nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Le directeur dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

- 1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion ;
- 2° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- 3° Il prépare le budget et l'exécute ;
- 4° Il est ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds ;
- 5° Il recrute le personnel de l'établissement ;
- 6° Il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel ;
- 7° Il conclut au nom du fonds les marchés publics et les contrats ;
- 8° Il prépare les conventions relatives à la gestion de la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 et du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 et les signe après y avoir été autorisé par le conseil d'administration dans les conditions prévues au 5° du premier alinéa de l'article R. 862-4 ;
- 9° Il organise les vérifications mentionnées à l'article R. 862-13 ;

10° Il assure le secrétariat du conseil d'administration et du conseil de surveillance.

Article R862-10

Le fonds est soumis aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics.

Sous-section 2 : Dispositions relatives aux opérations financières exécutées par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Article R862-11

I. - Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 adressent chaque trimestre aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-5 une déclaration comportant notamment :

1° L'assiette et le montant de la taxe due par chaque organisme mentionné au I de l'article L. 862-4 ;

2° Le nombre de personnes bénéficiant, auprès de cet organisme, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 par application des dispositions du b de l'article L. 861-4 et le montant global de cette prise en charge ;

3° Le nombre de personnes ouvrant droit, au bénéfice de cet organisme, au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 et le montant global de ce crédit d'impôt.

II. - Ces mêmes organismes adressent annuellement aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-5 une déclaration au titre de l'année civile précédente, comportant la valeur définitive des éléments mentionnés au I du présent article.

III. - Un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale détermine le modèle des déclarations mentionnées au I et au II et précise les dates de leur communication.

IV. - Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-5 communiquent au fonds les éléments portés sur les déclarations mentionnées aux I et II du présent article. Les modalités de communication de ces éléments sont déterminées par une

convention signée entre le fonds et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R862-11-1

Par dérogation à l'article R. 243-16, le défaut de production, dans les délais prescrits, des documents relatifs à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 entraîne l'application d'une pénalité forfaitaire de 3 750 €. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

Une pénalité de 750 € est également encourue en cas d'inexactitude de la déclaration produite.

Article R862-11-2

Par dérogation à l'article R. 242-5, lorsque les déclarations de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 n'ont pas été produites dans les délais prescrits ou sont manifestement erronées, le montant de son produit peut être provisoirement fixé par l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet en fonction des versements effectués au titre des exercices antérieurs ou, à défaut, par tout autre moyen d'estimation.

Article R862-11-3

Le troisième alinéa de l'article R. 243-18 n'est pas applicable à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4.

Article R862-11-4

Le mode de paiement dématérialisé de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 est le virement bancaire. L'ordre de virement est accompagné des références permettant notamment l'identification du redevable ainsi que celle de la période au titre de laquelle le versement de la taxe est dû. Ces références sont conformes à la codification indiquée par l'organisme en charge du recouvrement.

Article R862-11-5

La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée dans les conditions prévues à l'article R. 862-11-4 entraîne l'application d'une majoration dans la limite de 0,2 % de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4.

Article R862-11-6

Les pénalités mentionnées aux articles R. 862-11-1 et R. 862-11-5 peuvent faire l'objet d'une demande gracieuse de réduction ou de remise selon les modalités prévues aux articles R. 243-19-1 et R. 243-20.

Article R862-12

I.-Un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale fixe le contenu et les dates de transmission des éléments, autres que ceux mentionnés à l'article R. 862-11, devant être communiqués par les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 et par les organismes de sécurité sociale en application du c et du d de l'article L. 862-7.

Ce même arrêté précise les modalités de transmission au fonds, par les organismes de sécurité sociale, d'un état relatif au nombre de personnes ayant bénéficié du crédit d'impôt défini à l'article L. 863-1 ainsi qu'au montant des dépenses prises en charge au titre de ces mêmes personnes.

II.-Les organismes mentionnés à l'article L. 863-2 sont tenus de communiquer au fonds mentionné à l'article L. 862-1, sur sa demande, tous renseignements nécessaires à l'élaboration du rapport pris pour l'application de l'article L. 863-5 et tous renseignements statistiques relatifs aux bénéficiaires du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2.

Le fonds transmet, à sa demande, les éléments mentionnés aux deux alinéas précédents au ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R862-12-1

Pour l'application des articles R. 862-11 et R. 862-12, chaque enfant mineur en résidence alternée au domicile de chacun de ses parents considéré à la charge réelle et continue de ses deux parents en application de l'avant-dernier alinéa de l'article R. 861-2 est compté pour un demi-bénéficiaire dans chacun des deux foyers au titre duquel il bénéficie, le cas échéant, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3.

Article R862-13

Les modalités de versement au fonds des recettes prévues à l'article L. 862-3 ainsi que les pièces ou états justificatifs à produire sont déterminées par des conventions signées entre le fonds et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, approuvées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 2 : Dispositions relatives aux associations prévues à l'article L. 862-8

Article R862-14

Les associations mentionnées à l'article L. 862-8 ont pour membres les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4, quelle que soit la localisation de leur siège.

Article R862-15

Ne peuvent être élues dirigeantes d'une association :

1° Les personnes de nationalité française condamnées à une peine qui fait obstacle à leur inscription sur les listes électorales ;

2° Les personnes de nationalité étrangère condamnées à une peine qui, lorsqu'elle est prononcée contre un citoyen français, fait obstacle à son inscription sur les listes électorales.

Les administrateurs des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale ne peuvent être désignés comme dirigeants d'une association.

Article R862-16

Les statuts de l'association doivent obligatoirement préciser :

1° La période minimale d'adhésion à l'association qui ne peut être inférieure à une année civile ;

2° La durée minimale de préavis applicable à tout membre souhaitant quitter l'association et qui ne peut être inférieure à trois mois ;

3° La date à laquelle les membres adressent à l'association les éléments déclaratifs nécessaires à l'établissement de la contribution et effectuent le versement de la contribution due ;

4° Le délai dans lequel l'association verse aux membres les montants recueillis auprès du fonds.

Article R862-17

L'agrément des associations est prononcé, pour une durée de cinq ans renouvelable, par le préfet de région du siège de l'association sur proposition du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

Les associations doivent déposer auprès de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale du siège de l'association, en vue de leur agrément, un dossier comportant :

a) Une copie à jour des statuts ;

b) Une liste des membres de l'association ;

c) Un état des moyens susceptibles d'être mis en oeuvre pour réaliser leurs missions.

Article R862-18

Les associations dûment agréées doivent notifier leur existence et leur composition à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétent et l'informer de toute modification de leur composition.

Article R862-19

L'association adresse à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétent, à l'appui du versement de la contribution prévue à l'article L. 862-4 et aux échéances mentionnées au même article, un document déclaratif défini par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget qui comporte notamment, pour chacun de ses membres, les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article R. 862-11. Elle adresse également, dans des conditions prévues par le même arrêté, une déclaration comportant les éléments mentionnés au II de l'article R. 862-11.

L'association adresse, à l'appui de la demande de remboursement prévue à l'article L. 862-6, et pour l'application de l'article R. 862-11, au fonds mentionné à l'article L. 862-1 le document visé à l'alinéa précédent.

Article R862-20

L'organisme compétent pour le recouvrement de la taxe est l'organisme du siège de l'association, quelle que soit la domiciliation de ses membres.

Cet organisme peut être assisté, en tant que de besoin, par les organismes de recouvrement du ressort territorial correspondant à la domiciliation des membres de l'association.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et crédit d'impôt

Chapitre 3 : Dispositions relatives au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels.

Article R863-1

L'autorité administrative mentionnée au premier alinéa de l'article L. 863-3 est celle mentionnée au II de l'article R. 861-16.

Les modalités d'attribution du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 sont celles prévues à l'article R. 861-16, à l'exception :

1° De la deuxième phrase du premier alinéa du I ;

2° Du deuxième alinéa du II.

Le renouvellement du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est demandé au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'échéance de la période définie au premier alinéa de l'article R. 863-3. Dans le cas où le bénéficiaire n'a plus en sa possession l'attestation prévue au deuxième alinéa de l'article R. 863-3, il fournit les nom et adresse du ou des organismes auprès desquels il a été fait application de son droit à déduction.

La Caisse d'assurance maladie délivre une attestation de droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 à chaque bénéficiaire âgé de seize ans révolus. En cas de perte ou de vol, la caisse dont relève le bénéficiaire lui remet, sur sa demande, un duplicata sur présentation d'une déclaration sur l'honneur de perte ou de vol. L'attestation et le duplicata sont conformes à un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Article R863-2

Le bénéficiaire du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 dispose d'un délai de six mois à compter de la date de la décision d'attribution de droit pour faire valoir son droit auprès d'une mutuelle, d'une entreprise

régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance. Il remet à celle-ci l'attestation ou le duplicata délivré par la Caisse d'assurance maladie.

Article R863-3

Le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est ouvert pour un an à compter de la date d'effet du contrat souscrit auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance, choisie par le bénéficiaire. Toutefois, si celui-ci est couvert par un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel à la date de remise de l'attestation, le droit à déduction prend effet à cette date.

L'organisme mentionné à l'article L. 863-2 délivre au souscripteur une attestation de la date d'effet du droit à déduction de chacun des bénéficiaires.

Il bénéficie à compter de cette date et pour la même durée du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.

En cas de suspension par l'organisme du versement des prestations prévues au contrat, notamment en cas de non-paiement à l'échéance par le souscripteur de la prime ou de la cotisation, le bénéfice du crédit d'impôt est suspendu.

Article R863-4

Si le contrat prend fin au cours de la période définie au premier alinéa de l'article R. 863-3, l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit remet au bénéficiaire l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 et une attestation indiquant la période pendant laquelle il a exercé son droit à déduction. Le bénéficiaire remet ces attestations à l'organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat.

Article R863-5

Lorsque le droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 s'exerce dans le cadre de plusieurs contrats souscrits par des personnes différentes d'un même foyer, au sens de l'article L. 861-1 :

1° La demande de renouvellement est déposée, pour l'ensemble des personnes composant le foyer, au moins deux mois et au plus quatre mois avant l'échéance du droit à déduction ;

2° Si l'une des personnes n'est plus couverte, pour des raisons indépendantes de sa volonté, par son contrat, sans que tous les autres contrats aient pris fin et alors que la période du droit à déduction n'est pas expirée, l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit lui remet, les attestations prévues par l'article R. 863-4. L'intéressé remet ces deux attestations à l'organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat.

Article R863-6

En cas de naissance ou d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur à charge dans un foyer bénéficiaire du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2, l'enfant donne droit, pour la période de droit restant à courir, à la déduction prévue à l'article L. 863-2 pour le souscripteur du contrat et au crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1 pour l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit.

Lorsque le bénéficiaire du droit à déduction cesse de résider en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1, il est tenu d'en informer l'organisme auprès duquel il a fait valoir son droit. Le bénéfice de la déduction et du crédit d'impôt est interrompu.

Article R863-7

Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1 et 2 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre Ier et de l'article R. 861-29 sont applicables aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

Article R863-8

Pour la sélection des contrats prévue à l'article L. 863-6, il est procédé à une mise en concurrence préalable des organismes candidats.

Le ministre chargé de la sécurité sociale est responsable de la procédure de mise en concurrence. A ce titre, il veille à la mise en œuvre des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination entre les organismes candidats.

Il met en place une commission de sélection chargée de la mise en œuvre et du contrôle de la procédure ainsi que du suivi du respect des engagements correspondant aux offres sélectionnées. Il en fixe la composition par arrêté.

Ne peuvent pas être nommés comme membres de la commission de sélection des personnes ayant, au cours des trois dernières années, exercé une activité salariée ou des fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein d'un organisme complémentaire ou d'un groupement de ces organismes, ou ayant entretenu une relation professionnelle à but lucratif avec ces organismes ou groupements.

Les membres de la commission de sélection ne peuvent prendre part aux travaux de la commission s'ils ont un lien d'intérêt, direct ou indirect, avec l'organisme ou le groupement d'organismes dont l'offre est examinée.

Aucun membre de la commission de sélection ne peut, pendant trois ans à compter de la date à laquelle la liste des offres retenues a été publiée en application de l'article R. 863-12, exercer de fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein des organismes dont l'offre a été sélectionnée ou au sein du groupe dont ces organismes sont membres.

Les membres de la commission sont tenus au secret et la discrétion professionnelle dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Article R863-9

La procédure de mise en concurrence est régie par les dispositions suivantes :

1° Les caractéristiques principales de l'offre souhaitée sont définies dans un avis d'appel à la concurrence auquel est joint le cahier des charges défini à l'article R. 863-11 ;

2° Sont recevables les candidatures déposées dans un délai défini dans l'avis d'appel à la concurrence, ne pouvant être inférieur à cinquante-deux jours à compter de la date la plus tardive des publications de l'avis prévues à l'article R. 863-9, et respectant les règles de présentation des offres fixées dans le cahier des charges ;

3° Sont éligibles les candidatures des mutuelles ou unions relevant du code de la mutualité, des entreprises régies par le code des assurances ou des institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, disposant de l'agrément en branche 2 " maladie " mentionné à l'article R. 211-2 du code de la mutualité, à l'article R. 321-1 du code des assurances et à l'article R. 931-2-1 du code de la sécurité sociale et respectant l'ensemble des critères fixés par l'avis d'appel à la concurrence ainsi que les règles énoncées dans le cahier des charges.

La candidature de plusieurs organismes assureurs sur une offre commune est éligible dans la mesure où sont respectées les conditions du présent alinéa ainsi que les dispositions du droit de la concurrence et la réglementation propre aux organismes d'assurance ;

4° Les critères d'évaluation des offres qui permettent d'établir leur notation reposent, de manière prépondérante, sur un critère de prix et, pour le reste, sur des critères relatifs à la qualité de service définis dans l'avis d'appel à la concurrence et portant sur les services proposés et sur les moyens mis en œuvre pour la diffusion de l'offre, selon une pondération déterminée dans l'avis d'appel à la concurrence ;

5° La sélection est opérée dans la limite d'un nombre d'offres mentionné dans l'avis d'appel à la concurrence et d'une note établie par référence à celle de l'offre la mieux notée, dans des conditions précisées dans le même avis. Le nombre minimum d'offres retenues ne peut être inférieur à trois.

Article R863-10

L'avis d'appel à la concurrence mentionné à l'article R. 863-9 est publié au Journal officiel de la République française et au Journal officiel de l'Union européenne.

Article R863-11

I.-Le cahier des charges énonce les garanties demandées, notamment les services accessibles aux souscripteurs ainsi que les conditions relatives au bénéfice de la dispense d'avance de frais par les assurés, à l'encadrement des pratiques tarifaires et à l'interdiction de clauses contractuelles de nature à remettre en cause l'objectif de solidarité et de mutualisation des risques poursuivi par la procédure de sélection, du fait de l'introduction de conditions particulières de remboursement, de souscription ou de cotisation.

Il précise les obligations incombant aux organismes dont l'offre est sélectionnée, notamment en ce qui concerne l'information à délivrer aux assurés.

Il prévoit que les contrats doivent comporter une clause de résiliation, à la demande de l'assuré, en cas de radiation de l'offre correspondant au contrat, de la liste établie en application de l'article R. 863-12. La clause précise qu'en cas de résiliation prononcée à ce titre l'organisme rembourse à l'assuré le montant des cotisations correspondant à la période courant de la date de résiliation à la date initiale d'échéance du contrat.

Il détermine les conditions de suivi et de réexamen périodique des contrats sélectionnés.

II.-Le cahier des charges précise les caractéristiques des trois contrats correspondant à des niveaux minima de prise en charge que doit comporter chaque offre.

Ces trois contrats, dénommés A, B et C, garantissent, dans le respect des dispositions des articles R. 871-1 et R. 871-2, la couverture des frais engagés par l'assuré selon les modalités suivantes :

1° Prise en charge intégrale de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 10° et 14° de l'article R. 160-5. La prise en charge est majorée, pour certains frais, dans les conditions prévues au 3° du présent II ;

2° Prise en charge intégrale du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, sans limitation de durée ;

3° Prise en charge des frais exposés par l'assuré pour certains dispositifs médicaux à usage individuel soumis au remboursement et certains frais d'honoraires de praticiens, à hauteur de montants minima, comprenant la participation des assurés définie au 1°, dans les conditions suivantes :

a) Pour les dispositifs d'optique médical :

-par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00, à 100 euros pour le contrat B et à 150 euros pour le contrat C ;

-par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 et à verres multifocaux ou progressifs, à 200 euros pour le contrat B et à 350 euros pour le contrat C ;

-par équipement comportant un verre mentionné au deuxième alinéa du a et un verre mentionné au troisième alinéa du a, à 150 euros pour le contrat B et à 250 euros pour le contrat C ;

-pour les frais de lentilles, à 100 euros pour les contrats B et C ;

b) Pour les frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes, respectivement pour les contrats A, B et C, à 125 %, 225 % et 300 % du tarif de responsabilité pour les actes d'orthopédie dento-faciale et pour les prothèses dentaires ;

c) Pour les prothèses auditives, à hauteur de 450 euros par prothèse pour le contrat C.

Article R863-12

Seuls peuvent être ouverts, par la commission de sélection mentionnée à l'article R. 863-8, les plis qui ont été reçus au plus tard à la date d'expiration du délai de dépôt fixé conformément aux dispositions du 2° de l'article R. 863-9.

Les candidatures qui n'ont pas été écartées en application des dispositions du premier alinéa et qui respectent les règles de présentation des offres fixées dans le cahier des charges sont examinées, par la commission de sélection, au regard des conditions d'éligibilité mentionnées au 3° de l'article R. 863-9.

Les offres des candidats éligibles sont classées conformément aux règles résultant du 4° de l'article R. 863-9. Ce classement constitue l'avis rendu par la commission de sélection au ministre en charge de la sécurité sociale.

La liste des contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L. 863-6 est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. L'inscription des contrats sur la liste est prononcée pour une durée de cinq ans.

La liste des contrats sélectionnés est publiée au Journal officiel de la République française.

Article R863-13

A chacune des étapes de la procédure de mise en concurrence définies aux deux premiers alinéas de l'article R. 863-12, la commission de sélection notifie, par une décision motivée, le rejet de leur offre aux organismes dont l'offre n'est pas recevable ou éligible, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception de la décision.

Les candidats dont l'offre n'a pas été inscrite sur la liste mentionnée à l'article R. 863-12 peuvent demander au ministre chargé de la sécurité sociale les raisons pour lesquelles leur offre n'a pas été retenue.

Article R863-14

La procédure de mise en concurrence prévue par l'article R. 863-8 est renouvelée au plus tard neuf mois avant l'expiration du délai de cinq ans mentionné à l'article R. 863-12.

Article R863-15

I.-S'il est constaté qu'un organisme ne respecte pas les engagements correspondant à l'offre sélectionnée, celle-ci peut être radiée par le ministre chargé de la sécurité sociale de la liste mentionnée à l'article R. 863-12, après le recueil, dans un délai de deux mois à compter de la notification de ce constat, des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales de l'organisme et après avis de la commission de sélection mentionnée à l'article R. 863-8. La décision de radiation prend effet quatre mois après la publication de l'arrêté la prononçant.

II.-En cas de radiation de son offre, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de l'arrêté de radiation, les souscripteurs ou adhérents des conséquences de cette radiation au regard du bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L. 863-2 pour leur permettre de résilier leur contrat dans un délai de trois mois à compter de la date d'envoi de cette information, en application du troisième alinéa du I de l'article R. 863-11.

III.-A compter de la date de publication de l'arrêté de radiation, les contrats correspondant à cette offre ne peuvent plus donner lieu à une souscription ou un renouvellement avec le bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L. 863-2.

Article R863-16

Si le nombre d'offres figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 863-12 est réduit à moins de trois au cours de la période de cinq ans prévue au même article et si la durée restant à courir est supérieure à douze mois, une procédure de mise en concurrence destinée à compléter la liste est ouverte. Les offres sont sélectionnées dans les conditions prévues à l'article R. 863-9 à l'exception de la règle fixée à la dernière phrase du 5° du même article et s'ajoutent à celles figurant sur la liste en vigueur, pour la période restant à courir avant l'expiration du délai prévu à l'article R. 863-12.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et crédit d'impôt

Chapitre 4 : Dispositions relatives à la couverture complémentaire santé des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus

Article R864-1

Le nombre de niveaux de garanties mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 864-2 est fixé à trois.

Article R864-2

L'Autorité de la concurrence et l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution sont saisies du projet de décret mentionné au 1° de l'article L. 864-2 par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé des finances.

Les avis de ces autorités parviennent à ces ministres dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la saisine. A défaut, ils sont réputés rendus.

Article R864-3

L'autorité compétente mentionnée aux quatrième et sixième alinéas de l'article L. 864-2 est le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie institué par l'article L. 862-1.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide

Article R871-1

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 ne peuvent comprendre :

1° La prise en charge de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 1111-15 du code de la santé publique ;

2° Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Article R871-2

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

- a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
- c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
- e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
- f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre Ier : Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire des salariés

Article R912-1

Les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 912-1 prévoient la part de la prime ou de la cotisation acquittée qui sera affectée au financement de prestations mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 912-2 ainsi que, le cas échéant, à d'autres actions équivalentes procédant d'un objectif de solidarité qu'ils stipulent.

Sont regardés comme présentant un degré élevé de solidarité au sens des dispositions du premier alinéa de l'article L. 912-1 les accords pour lesquels la part de ce financement est au moins égale à 2 % de la prime ou de la cotisation.

Article R912-2

Les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 912-1 peuvent prévoir, en vue de comporter des garanties présentant un degré élevé de solidarité au sens des dispositions de cet alinéa :

1° Une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au b du 2° de l'article R. 242-1-6, ainsi que de la cotisation de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;

2° Le financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale.

Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres au champ professionnel ou interprofessionnel concerné et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés.

3° La prise en charge de prestations d'action sociale, comprenant notamment :

a) Soit à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salarié et ayants droit ;

b) Soit à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution suivant des critères définis par l'accord d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la commission paritaire de branche, en prenant en compte, le cas échéant, les objectifs d'amélioration de la santé définis dans le cadre de la politique de santé à la mise en œuvre desquels ces orientations contribuent dans le champ professionnel ou interprofessionnel qu'elles couvrent.

La commission paritaire de branche contrôle la mise en œuvre de ces orientations par les organismes auprès desquels les entreprises organisent la couverture de leurs salariés.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 2 : Dispositions relatives aux retraites complémentaires obligatoires, aux institutions de retraite complémentaire et à leurs fédérations

Chapitre 2 : Dispositions relatives aux institutions de retraite complémentaire et à leurs fédérations

Section 1 : Création et fonctionnement

Sous-section 1 : Institutions de retraite complémentaire.

Article R922-1

Une institution de retraite complémentaire est créée par une convention ou un accord collectif signé entre une ou plusieurs organisations syndicales d'employeurs et une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ de compétence du régime que cette convention ou cet accord institue. Cet accord ou cette convention prévoit l'adhésion de l'institution à une fédération d'institutions de retraite complémentaire. Il fixe les modalités de désignation et de convocation des membres de l'assemblée générale paritaire constitutive de l'institution ou de l'instance paritaire en tenant lieu, qui approuve les projets de statuts et de règlement de celle-ci.

Article R922-2

L'autorisation de fonctionnement d'une institution de retraite complémentaire est accordée par le ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition de la fédération à laquelle elle doit adhérer. La proposition est accompagnée d'une étude d'impact détaillant les conséquences de cette création sur l'équilibre économique et financier du régime géré par la fédération. Elle ne peut être acceptée que si l'institution de retraite complémentaire compte un nombre minimal de 5 000 membres participants.

L'arrêté autorisant le fonctionnement de l'institution approuve ses statuts et son règlement.

Article R922-3

Le retrait de l'autorisation de fonctionnement d'une institution de retraite complémentaire peut être prononcé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale :

- lorsque de graves irrégularités dans la gestion ou le fonctionnement de l'institution sont constatées ;
- lorsque le nombre de membres participants de l'institution n'atteint plus, pendant une durée de trois années consécutives, 5 000 membres participants ;
- sur demande de la fédération dans les conditions prévues par les articles R. 922-43, R. 922-52 et R. 922-53.

Article R922-4

La fusion d'institutions de retraite complémentaire relevant d'une même fédération est opérée soit par regroupement au sein d'une nouvelle institution, soit au sein d'une institution déjà agréée, dont les statuts sont modifiés en conséquence.

Dans le premier cas, les assemblées générales extraordinaires des institutions regroupées ou les instances paritaires en tenant lieu adoptent, sur proposition de la fédération concernée, des projets de statuts et de règlement identiques qui sont réputées approuvés par le ministre chargé de la sécurité sociale dans un délai de deux mois à compter de leur réception, sauf décision de rejet motivée notifiée à la fédération dont relève l'institution. Cette approbation vaut autorisation de fonctionnement. Dans le second cas, l'assemblée générale extraordinaire de chaque institution ou l'instance paritaire en tenant lieu approuve l'opération de regroupement.

Article R922-5

En cas de dissolution volontaire ou de retrait de l'autorisation de fonctionnement d'une institution de retraite complémentaire, sa liquidation est effectuée dans les conditions prévues par le règlement de la fédération.

La fédération décide des mesures nécessaires au maintien des droits des membres adhérents et participants de l'institution. Elle procède à la clôture des comptes de l'institution et aux dévolutions patrimoniales correspondantes.

Elle informe le ministre chargé de la sécurité sociale de l'achèvement des opérations de fusion ou de liquidation. Dans les cas de fusion et de dissolution volontaire, celui-ci constate la caducité des autorisations de fonctionnement préexistantes par lettre adressée à la fédération.

Sous-section 2 : Fédérations d'institutions de retraite complémentaire.

Article R922-6

Une fédération d'institutions est créée pour la mise en oeuvre des dispositions d'un accord collectif mentionné à l'article L. 921-4. La fédération a notamment pour objet la réalisation de la compensation prévue par l'article L. 922-4.

L'instance paritaire constitutive de la fédération, dont les modalités de convocation sont fixées par l'accord mentionné au précédent alinéa, est :

- soit une assemblée générale composée de délégués élus par l'assemblée générale, ou à défaut désignés par le conseil d'administration de chaque institution membre de la fédération ;
- soit une commission paritaire composée de membres désignés par chacune des organisations signataires de cet accord.

Elle est composée de représentants qui doivent en nombre égal être des membres adhérents et des membres participants du régime mis en oeuvre. Elle approuve les projets de statuts et règlement de la fédération.

Article R922-7

L'autorisation de fonctionnement d'une fédération prévue à l'article L. 922-4 ne peut être accordée par le ministre chargé de la sécurité sociale que si la fédération présente au ministre un plan détaillé des dispositions propres à assurer l'équilibre financier à long terme du régime qu'elle met en oeuvre, et notamment le mécanisme de compensation entre les institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent. L'arrêté autorisant le fonctionnement de la fédération approuve ses statuts et son règlement. Les modifications des statuts et du règlement de la fédération sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R922-8

Le retrait de l'autorisation de fonctionnement d'une fédération peut être prononcé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en cas de dénonciation de l'accord collectif mentionné à l'article L. 921-4 ayant institué le régime.

Le ministre prononce la dissolution ; il prend toutes dispositions pour assurer sa liquidation et préciser les conditions de dévolution de son patrimoine.

Il peut à cet effet nommer un administrateur provisoire.

Article R922-9

La fusion de fédérations d'institutions de retraite complémentaire peut intervenir si elle est prévue par un accord national interprofessionnel.

Cet accord fixe les modalités de désignation des membres de l'assemblée générale ou de la commission paritaire constitutive de la nouvelle fédération et les modalités d'adoption des projets de statuts et de règlement de la fédération issue de la fusion. Ces projets précisent les conditions dans lesquelles sont repris les droits et obligations des fédérations préexistantes.

Les projets de statuts et de règlement sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis des assemblées générales extraordinaires ou des commissions paritaires de chaque fédération préexistante. Cette approbation vaut autorisation de fonctionnement.

A l'achèvement des opérations de transfert des droits et des obligations des fédérations ayant fusionné, le ministre chargé de la sécurité sociale constate la caducité des autorisations de fonctionnement des fédérations préexistantes par lettre adressée à la fédération qui leur a succédé.

Article R922-10

Les conditions de liquidation des fédérations d'institutions de retraite complémentaire sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 2 : Statuts, règlement et conseil d'administration

Sous-section 1 : Dispositions communes.

Article R922-11

Les statuts des institutions de retraite complémentaire et des fédérations fixent les règles de fonctionnement interne de ces organismes. Ils déterminent notamment :

- le siège social, la dénomination et l'objet de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération ;
- la composition, le mode de désignation et les modalités de fonctionnement de l'assemblée générale ou de l'instance paritaire en tenant lieu et du conseil d'administration ;
- les attributions du président et du directeur de l'institution ou de la fédération et les modalités selon lesquelles le conseil d'administration leur délègue ses pouvoirs ;
- les attributions du conseil d'administration qui ne peuvent être déléguées au bureau.

Article R922-12

La dénomination d'une institution de retraite complémentaire est suivie de la mention : institution de retraite complémentaire régie par le code de la sécurité sociale et du nom de la fédération à laquelle elle adhère. La dénomination d'une fédération d'institutions de retraite complémentaire est suivie de la mention : fédération d'institutions de retraite complémentaire régie par le code de la sécurité sociale.

Cette mention figure obligatoirement dans les statuts, le règlement et tous les documents concernant les droits et obligations des membres adhérents et participants de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération définis à l'article L. 922-2.

Article R922-13

Les institutions de retraite complémentaire et leurs fédérations sont administrées par un conseil d'administration composé paritairement de représentants des membres adhérents et des membres participants. Ces membres sont soit désignés, soit élus, soit pour une part désignés et pour l'autre part élus, dans une proportion fixée par les statuts.

Le nombre de membres et la composition du conseil d'administration, ainsi que les conditions de désignation ou d'élection des administrateurs sont également fixés par les statuts de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération. Des modalités différentes peuvent être prévues selon qu'il s'agit du collège des membres adhérents ou du collège des membres participants.

Les administrateurs suppléants, élus ou désignés peuvent siéger au conseil d'administration dans les mêmes conditions que les administrateurs titulaires sans voix délibérative. Ils ne siègent avec voix délibérative qu'en cas d'empêchement du titulaire. Dans le cas où il n'y a pas de suppléant, les administrateurs peuvent donner procuration à un membre du même collège, chaque administrateur ne pouvant détenir qu'un seul pouvoir.

Article R922-14

La durée des fonctions d'administrateur est fixée par les statuts de l'institution ou de la fédération dans la limite de six années. Cette durée est la même que celle du mandat des membres de l'assemblée générale ou de l'instance en tenant lieu. Le mandat des administrateurs sortants est renouvelable dans les conditions fixées par les statuts.

En outre, les statuts doivent prévoir, pour l'exercice des fonctions d'administrateur, une limite d'âge s'appliquant soit à l'ensemble des administrateurs, soit à un pourcentage déterminé d'entre eux identique pour chacun des deux collèges.

A défaut de disposition expresse dans les statuts, le nombre des administrateurs ayant plus de soixante-dix ans ne peut être supérieur, dans chacun des deux collèges, au tiers des administrateurs en fonction.

Article R922-15

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de quatre conseils d'administration d'institutions de retraite complémentaire ou de fédérations.

L'administrateur qui méconnaît les dispositions du précédent alinéa lorsqu'il accède à un nouveau mandat doit, dans les trois mois suivant sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, il est réputé s'être démis de son mandat le plus récent, sans que soit de ce fait remise en cause la validité des délibérations auxquelles il a pris part.

Article R922-16

Un administrateur d'une institution de retraite complémentaire, d'un groupement dont l'institution est membre, d'une personne morale liée directement ou indirectement à l'institution par convention ou d'une fédération ne peut en être salarié durant son mandat ou le devenir qu'à l'issue d'une durée de trois ans à compter de la fin de son mandat.

Un ancien salarié d'une institution de retraite complémentaire, d'un groupement dont l'institution est membre, d'une personne morale liée directement ou indirectement à l'institution par convention ou d'une fédération ne peut en être administrateur qu'à l'issue d'une durée de trois ans à compter de la rupture de son contrat de travail. Tout candidat au poste d'administrateur doit faire connaître au conseil d'administration les autres fonctions qu'il exerce à cette date.

Toute désignation ou élection intervenue en violation des dispositions des deux alinéas précédents est nulle. Cette nullité n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles a pris part l'administrateur irrégulièrement désigné ou élu.

Article R922-17

Les postes d'administrateur deviennent vacants par décès, démission ou perte de la qualité de membre de l'institution de retraite complémentaire ou d'administrateur de la fédération, ou encore, lorsque l'administrateur a été désigné par une organisation syndicale, par retrait du mandat d'un administrateur sur décision de celle-ci ou par démission de l'organisation syndicale d'employeurs ou de salariés représentée. Ces postes sont pourvus par les suppléants ou, à défaut, dans les conditions et délais définis par les statuts de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération.

Article R922-18

Le conseil d'administration peut nommer en son sein une ou plusieurs commissions. Ces commissions exercent leur activité sous la responsabilité du conseil qui ne peut en aucun cas leur déléguer les

compétences mentionnées aux articles R. 922-34 et R. 922-44. Il peut créer, pour la mise en oeuvre de l'action sociale au profit de ses membres, une commission d'action sociale à laquelle il donne mandat, sur le fondement des orientations qu'il arrête, pour l'attribution d'aides individuelles. Cette commission rend compte chaque année au conseil de l'exercice de son mandat.

Article R922-19

Le conseil d'administration élit en alternance un président et un vice-président choisis parmi les administrateurs appartenant à des collèges différents. La durée de leur mandat doit être inférieure à celle prévue pour les fonctions d'administrateur. Elle est précisée par les statuts. Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président ou du vice-président.

Article R922-20

Nul ne peut exercer simultanément plus de deux mandats de président ou de vice-président d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération. Nul ne peut exercer simultanément plus d'un mandat de président ou de vice-président au sein d'une fédération et des institutions de retraite complémentaire qui en relèvent. La méconnaissance de ces dispositions entraîne les conséquences prévues au deuxième alinéa de l'article R. 922-15.

Article R922-21

Dans les rapports avec les tiers, l'institution de retraite complémentaire ou la fédération est engagée par les actes du conseil d'administration, même lorsque ceux-ci ne relèvent pas de leur objet social. Elle ne peut s'exonérer de cet engagement qu'en prouvant que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances. Cette preuve ne peut résulter de la seule existence des statuts et de leur publication. La responsabilité de ces organismes est également engagée par les décisions du directeur général, sauf lorsque ces décisions excèdent le cadre de la délégation mentionnée aux articles R. 922-34 et R. 922-44.

L'institution ou la fédération sont valablement représentées dans tous les actes de la vie civile soit par le président ou à défaut le vice-président du conseil d'administration, soit, dans le cadre de la délégation mentionnée aux articles R. 922-34 et R. 922-44, par le directeur général.

Article R922-22

Le président du conseil d'administration, ou en cas d'empêchement, le vice-président, convoque le conseil d'administration au moins deux fois par an. L'ordre du jour de ces réunions est fixé conjointement par le

président et le vice-président du conseil d'administration. Les modalités de convocation des membres du conseil sont déterminées par les statuts.

Article R922-23

Le conseil d'administration délibère valablement si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés et les décisions sont acquises à la majorité des membres présents ou représentés, sous réserve de dispositions plus rigoureuses des statuts. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau réuni. Les règles en cas de partage des voix sont fixées par les statuts.

Sauf pour l'arrêt des comptes annuels et des comptes combinés, les statuts peuvent prévoir que sont réputés présents, pour le calcul du quorum et de la majorité, les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Les statuts peuvent limiter la nature des décisions pouvant être prises lors d'une réunion tenue dans ces conditions et prévoir un droit d'opposition au profit d'un nombre déterminé d'administrateurs.

Les administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux séances du conseil d'administration, sont tenus à la discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président, le vice-président ou le directeur général.

Article R922-24

Sont considérés comme dirigeants d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération les membres du conseil d'administration, le directeur général, toute personne à laquelle il a été donné délégation par le conseil d'administration et tout dirigeant de fait d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération.

Article R922-25

A peine de nullité du contrat, il est interdit aux dirigeants de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de l'institution ou de la fédération, de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, de faire cautionner ou avaliser par elles leurs engagements envers les tiers ou de percevoir, directement ou par personne interposée, toute rémunération relative aux opérations mises en oeuvre par l'institution de retraite complémentaire ou la fédération.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes visées au premier alinéa du présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

Les dirigeants ou leurs conjoints, ascendants et descendants peuvent toutefois bénéficier de ces opérations financières dans les mêmes conditions que celles qui sont proposées par l'institution de retraite

complémentaire ou par la fédération à l'ensemble de ses membres au titre de l'action sociale qu'elle met en oeuvre.

Les mêmes règles s'appliquent aux dirigeants de l'institution ou de la fédération autres que les administrateurs lorsque que ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de l'institution ou de la fédération.

Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun de ses dirigeants.

Article R922-26

Les fonctions d'administrateur d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération sont gratuites. Toute clause contraire est réputée non écrite. Toutefois, les administrateurs ont droit au remboursement des frais de déplacement et de séjour ainsi que des pertes de salaires effectivement subies en stricte relation avec l'exercice de leurs fonctions. Dans l'hypothèse où les rémunérations sont maintenues par l'employeur, celui-ci peut demander à l'institution ou à la fédération le remboursement des rémunérations maintenues aux administrateurs pour les activités liées à l'exercice de leur mandat qui sont effectuées sur leur temps de travail. Les activités liées à l'exercice de ce mandat sont couvertes par une assurance souscrite par la fédération ou l'institution de retraite complémentaire.

Article R922-27

Les statuts de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération fixent les conditions d'établissement et de contrôle, ainsi que la durée et les modalités de renouvellement de la délégation mentionnée aux articles R. 922-34 et R. 922-44 que le conseil d'administration consent au directeur de l'institution ou de la fédération. Le conseil d'administration peut également déléguer des pouvoirs aux collaborateurs du directeur général, à la demande de celui-ci. Ces délégations ne peuvent être générales.

Article R922-28

Tout candidat aux fonctions de directeur général d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération doit faire connaître au conseil d'administration les autres fonctions qu'il exerce à cette date afin que le conseil puisse apprécier leur compatibilité avec les fonctions de directeur général d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération.

La nomination du directeur d'une institution de retraite complémentaire doit être agréée par la fédération à laquelle l'institution adhère.

Le directeur général d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération doit informer le conseil d'administration de toute autre fonction qui pourrait lui être confiée. Le conseil statue dans un délai d'un mois sur la compatibilité de ces fonctions avec celles de directeur général d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération.

Article R922-29

L'exercice des fonctions de directeur général est soumis à une limite d'âge fixée par les statuts, qui ne peut être inférieure à l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8. A défaut de disposition expresse, elle est égale à cet âge.

Toute nomination intervenue en violation de ces dispositions prévues est nulle.

Lorsqu'un directeur général atteint la limite d'âge, il est réputé démissionnaire d'office.

Article R922-30

Toute convention intervenant entre une institution de retraite complémentaire ou une fédération ou toute personne morale à qui elle a délégué tout ou partie de sa gestion et l'un de ses dirigeants doit être soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il en est de même des conventions auxquelles un dirigeant est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec l'institution de retraite complémentaire ou la fédération par personne interposée.

Sont également soumises à autorisation préalable les conventions passées entre une institution de retraite complémentaire ou une fédération et toute personne morale, si l'un des dirigeants de l'institution de retraite complémentaire ou de la fédération est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire ou du conseil de surveillance de cette personne morale.

Des règles plus rigoureuses peuvent être prévues par les statuts des institutions de retraite complémentaire et des fédérations.

Article R922-31

Les articles R. 931-3-26 à R. 931-3-28 du code de la sécurité sociale sont applicables aux conventions conclues par les dirigeants d'une institution de retraite complémentaire ou d'une fédération. Toutefois, les compétences attribuées à la commission paritaire par ces articles sont exercées par le comité d'approbation des comptes dans les institutions de retraite complémentaire et par la commission paritaire élargie dans les fédérations.

Sous-section 2 : Dispositions particulières aux institutions de retraite complémentaire.

Article R922-32

Les statuts des institutions de retraite complémentaire doivent être conformes au modèle arrêté pour chaque fédération par le ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition de la fédération concernée. Les modèles de statuts comportent des dispositions obligatoires, notamment celles qui sont mentionnées à l'article R. 922-11 et des dispositions facultatives.

Les demandes de modifications des statuts et du règlement des institutions de retraite complémentaire, transmises au ministre chargé de la sécurité sociale après avis conforme de la fédération concernée, sont approuvées dans les conditions prévues à l'article R. 922-4.

Article R922-33

Le règlement d'une institution de retraite complémentaire comprend l'ensemble des règles régissant les rapports entre l'institution de retraite complémentaire et ses membres adhérents ou participants. Il précise notamment :

- les dispositions particulières nécessaires pour la mise en oeuvre de l'accord national interprofessionnel en matière d'affiliation, de recouvrement des cotisations et de liquidation des retraites ;
- les règles en matière d'action sociale ;
- les conditions dans lesquelles est assurée l'information des membres adhérents et participants ;
- les conditions de dévolution du patrimoine et de transfert des opérations gérées par l'institution, ainsi que des droits et obligations qui s'y rattachent, dont la fédération garantit le maintien.

Article R922-34

Le conseil d'administration de l'institution de retraite complémentaire est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer celle-ci.

Il peut constituer un bureau dont la composition et les attributions sont déterminées par les statuts. Il nomme, en dehors de ses membres et après agrément par la fédération, le directeur général et le révoque. Il fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la gestion de l'institution. Il peut donner délégation au directeur général pour représenter l'institution en justice.

Il arrête et vote le budget et les comptes. Il établit le rapport de gestion soumis à l'assemblée générale ou au comité paritaire d'approbation des comptes. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le contenu de ce rapport. Il approuve le règlement de l'institution de retraite complémentaire à la majorité qualifiée prévue par les statuts.

Il autorise la conclusion et la modification de toute convention dont l'objet est de déléguer à un organisme extérieur tout ou partie des opérations liées au recouvrement des cotisations ou au versement des prestations.

Il est chargé de l'élaboration des modifications statutaires, qui sont soumises au vote de l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article R. 922-39. Toutefois, lorsque l'instance représentative des adhérents et des participants est le comité paritaire d'approbation des comptes, le conseil d'administration est compétent pour approuver les demandes de modifications statutaires.

Article R922-35

L'instance représentative des adhérents et des participants au sein d'une institution de retraite complémentaire est définie par les statuts. Cette instance peut être soit une assemblée générale, soit un comité paritaire d'approbation des comptes.

Article R922-36

L'assemblée générale d'une institution de retraite complémentaire est composée paritairement de délégués représentant les membres adhérents et les membres participants désignés, élus, ou désignés pour une part et pour l'autre élus selon les modalités prévues par les statuts de l'institution. Des modalités différentes peuvent être prévues selon qu'il s'agit du collège des membres adhérents ou du collège des membres participants. La durée du mandat des membres des assemblées générales des institutions de retraite complémentaire est fixée par les statuts sans pouvoir excéder six ans.

Article R922-37

L'assemblée générale, réunie en session ordinaire, est convoquée par le président du conseil d'administration ou, en cas d'empêchement, par le vice-président. En cas de carence, elle peut également être convoquée par le ou les commissaires aux comptes. Les formes et les délais de convocation de l'assemblée générale sont fixés par les statuts.

Les membres de l'assemblée générale doivent disposer de tout document utile à la préparation de l'assemblée. La liste de ces documents ainsi que leurs modalités d'envoi et de mise à disposition sont fixées par les statuts.

A compter de la convocation, tout membre de l'assemblée générale a la faculté de poser par écrit des questions relevant de la compétence de l'assemblée générale, auxquelles il peut être répondu par le président du conseil d'administration, dans des conditions fixées par les statuts.

L'ordre du jour de l'assemblée générale ordinaire d'une institution de retraite complémentaire est arrêté conjointement par le président et le vice-président. L'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de toute question relevant de sa compétence est de droit quand elle est demandée par une fraction, fixée par les statuts, des membres de l'assemblée générale.

L'assemblée ne peut délibérer sur une question qui n'est pas à l'ordre du jour. L'ordre du jour de l'assemblée ne peut être modifié sur deuxième convocation que dans le respect des formes et des délais prévus par les statuts.

L'assemblée générale est réunie au moins une fois par an et obligatoirement dans les neuf mois suivant la clôture de l'exercice. Elle se réunit au siège social ou en tout autre lieu du même département ou de la même région. Une feuille de présence est tenue à chaque assemblée dans les conditions fixées par les statuts.

Article R922-38

L'assemblée générale, réunie en session ordinaire, entend le rapport de gestion du conseil d'administration et le rapport du ou des commissaires aux comptes et approuve les comptes de l'exercice écoulé. Elle est informée de la conclusion et de la modification de toute convention dont l'objet est de déléguer à un organisme extérieur tout ou partie des opérations liées au recouvrement des cotisations ou au versement des prestations.

Elle nomme le ou les commissaires aux comptes et leurs suppléants pour six ans.

Elle désigne ses représentants au conseil d'administration de l'institution de retraite complémentaire et, le cas échéant, ses représentants à l'assemblée générale de la fédération.

L'assemblée générale d'une institution de retraite complémentaire ne délibère valablement que si, lors de la première convocation et pour chaque collège, le quart au moins de ses membres est présent ou représenté. A défaut de ce quorum, une seconde assemblée est convoquée qui délibère quel que soit le quorum. Les délibérations sont acquises à la majorité des suffrages exprimés. Les statuts peuvent prévoir, pour l'exercice de certaines attributions, un vote à la majorité des suffrages de chaque collège. Tout membre de l'assemblée générale empêché peut déléguer ses pouvoirs à un membre du même collège dans des conditions précisées par les statuts.

Article R922-39

L'assemblée générale, réunie en session extraordinaire, se prononce sur les modifications statutaires, sur la fusion ou la dissolution de l'institution de retraite complémentaire.

Elle est réunie dans un délai de trois mois à compter de la demande du conseil d'administration ou d'une fraction, fixée par les statuts, de ses membres. Elle peut également être convoquée par le conseil d'administration de la fédération dont l'institution relève.

L'assemblée générale extraordinaire d'une institution de retraite complémentaire ne délibère valablement que si, lors de la première convocation et pour chaque collège, le tiers au moins de ses membres est présent ou représenté. A défaut de ce quorum, une seconde assemblée est convoquée, qui délibère quel que soit le quorum. Les délibérations sont acquises à la majorité qualifiée des suffrages exprimés dans chaque collège, fixée par les statuts. Tout membre de l'assemblée générale empêché peut déléguer ses pouvoirs à un membre du même collège dans des conditions précisées par les statuts.

Article R922-40

Le comité paritaire d'approbation des comptes d'une institution de retraite complémentaire est composé paritairement de représentants des membres adhérents et des membres participants désignés selon les modalités prévues par les statuts. Les fonctions de membre du comité paritaire d'approbation des comptes sont incompatibles avec le mandat d'administrateur de l'institution. La durée du mandat des membres des comités paritaires d'approbation des comptes des institutions de retraite complémentaire est fixée par les statuts, dans la limite de six années.

Article R922-41

Le comité paritaire d'approbation des comptes exerce les attributions mentionnées à l'article R. 922-38. Il se prononce également sur la fusion et la dissolution de l'institution.

Article R922-42

Le comité paritaire d'approbation des comptes est convoqué par le président du conseil d'administration ou, en cas d'empêchement, par le vice-président. En cas de carence, il peut également être convoqué par le ou les commissaires aux comptes. Il peut aussi être convoqué par le conseil d'administration de la fédération dont l'institution relève.

Il est réuni au moins une fois par an, et obligatoirement dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, au siège social ou en tout autre lieu du même département ou de la même région.

Les formes et les délais de convocation du comité paritaire d'approbation des comptes sont fixés par les statuts. Ses membres doivent disposer de tout document utile à la préparation du comité. La liste de ces documents ainsi que leurs modalités d'envoi et de mise à disposition sont fixées par les statuts de l'institution.

L'ordre du jour du comité paritaire d'approbation des comptes est arrêté conjointement par ses président et vice-président. L'inscription à l'ordre du jour du comité paritaire d'approbation des comptes de toute question relevant de sa compétence est de droit quand elle est demandée par une fraction de ses membres fixée par les statuts. Le comité paritaire d'approbation des comptes ne peut délibérer sur une question qui n'est pas à l'ordre du jour. L'ordre du jour du comité ne peut être modifié sur deuxième convocation que dans le respect des formes et délais prévus par les statuts.

Le comité paritaire d'approbation des comptes d'une institution de retraite complémentaire ne délibère valablement que si, lors de la première convocation et pour chaque collègue, la moitié au moins de ses membres en exercice est présente ou représentée. A défaut de ce quorum, un second comité est convoqué, qui délibère quel que soit le quorum. Les délibérations du comité paritaire d'approbation des comptes sont acquises à la majorité des voix dans chaque collègue. Toutefois, lorsqu'il se prononce sur la fusion de l'institution avec une autre institution, ses délibérations sont acquises à la majorité qualifiée des suffrages exprimés dans chaque collègue qui a été fixée par les statuts. Tout membre du comité paritaire d'approbation des comptes d'une institution de retraite complémentaire peut, en cas d'empêchement, donner procuration à un membre du même collègue dans des conditions précisées par les statuts. Une feuille de présence est tenue à chaque réunion.

Sous-section 3 : Dispositions particulières aux fédérations d'institutions de retraite complémentaire.

Article R922-43

Le règlement de la fédération fixe les principes qui régissent les rapports entre la fédération et les institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent et les règles communes qu'elles doivent respecter. Il précise notamment :

- les conditions d'adhésion à la fédération d'une institution de retraite complémentaire ;
- les modalités d'application de la compensation financière prévue à l'article L. 922-4 ;
- les modalités de sauvegarde des droits des participants en cas de fusion d'institutions ou de retrait de l'autorisation de fonctionner d'une institution ;
- les modalités d'approbation des conventions mentionnées à l'article R. 922-30 ;
- les conditions de mise en oeuvre des sanctions et l'organisation de la procédure contradictoire mentionnées aux articles R. 922-52 et R. 922-53 ;
- les modalités de fusion, de dissolution et de liquidation des institutions de retraite complémentaire membres de la fédération ;

- les critères de bonne gestion et les règles de contrôle interne des institutions de retraite complémentaire, ainsi qu'une liste d'actes, d'acquisitions ou de pratiques qui peuvent être qualifiés de graves manquements dans la gestion ou le fonctionnement de l'institution ;
- les modalités de suivi, par la fédération, de l'activité des institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent, notamment la liste des pièces dont l'envoi aux fédérations est obligatoire ;
- les conditions dans lesquelles les institutions peuvent accorder des cautions, avals ou garanties ;
- les principes de la politique d'action sociale.

Le règlement précise également les sanctions que la fédération peut prononcer à l'encontre de ses institutions ou de leurs dirigeants en cas de manquement aux obligations qui leur incombent ; ces sanctions ne peuvent être autres que celles qui sont mentionnées à l'article R. 922-52 et doivent être prononcées dans le respect de procédure prévue à l'article R. 922-53.

Article R922-44

Le conseil d'administration de la fédération est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer celle-ci. Il peut constituer un bureau dont la composition et les attributions sont déterminées par les statuts.

Il nomme, en dehors de ses membres, le directeur général et le révoque. Il fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la gestion de la fédération ; il peut lui donner délégation pour représenter la fédération en justice.

Le conseil d'administration arrête et vote le budget propre de la fédération et les comptes de la fédération ainsi que les comptes combinés des institutions de retraite complémentaire et de la fédération dont elles relèvent. Il établit le rapport de gestion.

Dans le respect des dispositions des accords nationaux interprofessionnels et des décisions de la commission paritaire, le conseil d'administration fixe les paramètres du régime. Il prend les mesures nécessaires à l'application des décisions de la commission paritaire et à la mise en oeuvre de la compensation financière entre les institutions membres de la fédération.

Il est chargé des relations avec les institutions de retraite complémentaire qui y adhèrent et notamment :

- de proposer au ministre chargé de la sécurité sociale d'accorder ou de retirer l'autorisation de fonctionnement aux institutions de retraite complémentaire membres de la fédération ;
- d'approuver le règlement de la fédération et de veiller à son application ;
- d'appliquer les sanctions mentionnées à l'article R. 922-52 ;

- de donner son accord préalable à la conclusion de toute convention par laquelle une institution de retraite complémentaire délègue à un organisme extérieur tout ou partie de sa gestion ;

- d'élaborer les modifications statutaires soumises au vote, selon le cas, de l'assemblée générale ou de la commission paritaire.

Article R922-45

Instance représentative des organisations signataires de l'accord collectif ayant institué un régime en application de l'article L. 921-4, la commission paritaire est composée de délégués désignés par chacune de ces organisations et représentant en nombre égal les membres adhérents et les membres participants.

Elle est compétente pour interpréter les dispositions de l'accord et pour décider des mesures nécessaires à son application. Elle peut être saisie par l'une des organisations ou par la fédération de toute question relative à l'interprétation ou à l'application des accords.

La commission paritaire élabore, sous la responsabilité des organisations signataires de l'accord, un rapport prospectif sur les prévisions d'évolution de l'équilibre financier à moyen terme du régime établies sur la base d'hypothèses ajustées à intervalles réguliers et au minimum tous les trois ans.

Elle fournit en outre au Conseil d'orientation des retraites tous les éléments d'information et les études nécessaires pour les projections des régimes obligatoires, conformément aux dispositions de l'article L. 114-2.

Lorsque l'accord instituant le régime et confirmé par les statuts n'a pas prévu l'existence d'une assemblée générale, la commission paritaire compétente pour approuver les modifications statutaires se prononce sur la fusion de la fédération prévue par un accord national interprofessionnel.

Le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant peut être entendu à sa demande par la commission paritaire. La commission paritaire peut, dans les mêmes conditions, inviter le ministre ou son représentant à s'exprimer devant elle sur un des sujets figurant à l'ordre du jour.

Article R922-46

L'instance représentative des adhérents et des participants d'une fédération d'institutions de retraite complémentaire est définie par l'accord collectif instituant le régime, et confirmée par ses statuts. Cette instance peut être soit une assemblée générale, soit la commission paritaire élargie mentionnée à l'article R. 922-49.

Article R922-47

L'assemblée générale d'une fédération d'institutions de retraite complémentaire est composée paritairement de délégués représentant les membres adhérents et les membres participants des institutions de retraite complémentaire composant la fédération soit élus, soit pour une part désignés et pour l'autre part élus, dans une proportion fixée par les statuts. Les statuts de la fédération déterminent le collège électoral, composé soit des membres des conseils d'administration, soit des membres des assemblées générales des institutions de retraite complémentaire composant la fédération.

Article R922-48

L'assemblée générale entend les rapports des commissaires aux comptes sur les comptes de la fédération et sur les comptes combinés des institutions de retraite complémentaire et de la fédération. Elle approuve les comptes de la fédération et les comptes combinés au titre de l'exercice écoulé. Elle nomme les commissaires aux comptes et leurs suppléants pour six ans. Elle est informée de la conclusion et de la modification de toute convention dont l'objet est de déléguer à un organisme extérieur tout ou partie des opérations liées au recouvrement des opérations ou au versement des prestations.

Lorsqu'elle exerce ces compétences, les dispositions de l'article R. 922-37, à l'exception du délai de réunion obligatoire qui est porté à douze mois suivant la clôture de l'exercice, ainsi que les dispositions du dernier alinéa de l'article R. 922-38 lui sont applicables.

L'assemblée générale approuve les modifications statutaires et se prononce sur la fusion de la fédération avec une autre fédération prévue par un accord national interprofessionnel. Lorsqu'elle exerce ces compétences, les dispositions du dernier alinéa de l'article R. 922-39 lui sont applicables.

Article R922-49

La commission paritaire exerce les compétences définies au premier alinéa de l'article R. 922-48 dans une formation élargie. La commission paritaire élargie, dont la composition est déterminée par l'accord collectif instituant le régime et confirmé par les statuts de la fédération, est constituée de délégués désignés par chacune des organisations signataires de l'accord et représentant en nombre égal les membres adhérents et les membres participants de la fédération. Elle comprend au moins le double des membres de la commission paritaire. Les délégués des organisations signataires désignés pour constituer la commission paritaire peuvent ne pas en être membres. La moitié au moins des représentants de chaque organisation au sein de la commission paritaire élargie ne doit pas exercer de fonctions d'administrateur de la fédération. La commission paritaire élargie est réunie à l'initiative des organisations signataires de l'accord instituant le régime ou par le conseil d'administration de la fédération ou, en cas de carence, par les commissaires aux comptes. Les auteurs de la convocation définissent l'ordre du jour de la réunion.

Sous réserve du précédent alinéa, et d'un délai de réunion obligatoire porté à douze mois suivant la clôture de l'exercice, les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article R. 922-42 sont applicables.

La commission paritaire élargie ne délibère valablement que si le nombre des membres participant à la séance et ayant le droit de vote est, dans chaque collège, au moins égal à la moitié du nombre des titulaires.

Les délibérations sont acquises à la majorité des suffrages exprimés dans chaque collège. Tout membre empêché peut déléguer ses pouvoirs à un membre du même collège.

Section 3 : Contrôle des institutions de retraite complémentaire

Sous-section 1 : Contrôle des institutions de retraite complémentaire par leur fédération.

Article R922-50

La fédération vérifie que les institutions de retraite complémentaire effectuent leurs opérations conformément à la réglementation en vigueur, aux dispositions des accords instituant le régime ainsi qu'à ses statuts et à son règlement. Elle s'assure de l'efficacité de la gestion et de la qualité du service offert par les institutions.

Article R922-51

Le contrôle par la fédération est effectué sur pièces ou sur place, avec ou sans préavis. Les institutions font l'objet d'un contrôle sur place au moins une fois tous les cinq ans. La mise en oeuvre de la procédure de signalement prévue à l'article R. 922-58 est immédiatement suivie d'un contrôle sur place.

En cas de contrôle sur place, un rapport est obligatoirement établi. Il est communiqué au conseil d'administration de l'institution de retraite complémentaire, qui transmet ses observations et réponses à la fédération. Le conseil d'administration de la fédération, ou par délégation son directeur, arrête les mesures éventuellement nécessaires, qui peuvent être assorties d'un échéancier. Ces décisions s'imposent à l'institution. Les personnes appartenant au corps de contrôle de la fédération ont accès à toutes les informations utiles à la bonne exécution de leur mission.

Les rapports de contrôle sont communiqués aux commissaires aux comptes de l'institution et aux commissaires aux comptes de la fédération chargés de la certification des comptes combinés.

Article R922-52

Lorsqu'une institution de retraite complémentaire ne s'est pas conformée aux obligations qui lui incombent ou n'a pas déféré aux injonctions de la fédération à la suite d'un contrôle, le conseil d'administration de la fédération peut prononcer à l'encontre de l'institution ou de ses dirigeants, en tenant compte de la gravité du manquement, l'une ou plusieurs des sanctions prévues par son règlement. Ces sanctions peuvent être :

- l'avertissement ;

- le blâme ;
- l'interdiction d'effectuer certaines opérations ou toute autre limitation dans l'exercice de l'activité ;
- le transfert à un autre organisme de tout ou partie des opérations gérées ;
- la suspension temporaire d'un ou plusieurs dirigeants de l'institution ;
- le retrait d'agrément du directeur ;
- la révocation du conseil d'administration et la nomination d'un administrateur provisoire qui exerce ses fonctions jusqu'à la désignation, dans les délais prévus par le règlement de la fédération, d'un nouveau conseil d'administration.

La fédération peut également proposer au ministre compétent le retrait de l'autorisation de fonctionner de cette institution. Le ministre chargé de la sécurité sociale est informé de toute sanction prononcée par la fédération à l'encontre de l'institution.

Article R922-53

La fédération décide des sanctions mentionnées à l'article R. 922-52 après une procédure contradictoire. Les intéressés sont informés par lettre recommandée avec accusé de réception de la procédure engagée ainsi que des griefs et manquements qui leur sont reprochés. Cette lettre doit leur parvenir au moins quinze jours avant la réunion du conseil d'administration. Ils peuvent demander à être entendus par le conseil d'administration de la fédération et se faire représenter ou assister lors de leur audition.

Sous-section 2 : Contrôle des institutions de retraite complémentaire et des fédérations par le commissaire aux comptes.

Article R922-54

Les institutions de retraite complémentaire et leurs fédérations appliquent le plan comptable mentionné à l'article L. 114-5. Les fédérations peuvent y apporter les adaptations qui sont nécessaires à l'exercice de leur mission, après avis conforme du Conseil de normalisation des comptes publics.

Article R922-55

Les commissaires aux comptes exercent les fonctions définies par le code de commerce, dans les conditions prévues par ce code, sous réserve des dispositions des articles R. 922-56 à 59 du présent code.

Article R922-56

Une institution de retraite complémentaire a l'obligation de nommer au moins un commissaire aux comptes et un ou plusieurs suppléants.

Une fédération d'institutions de retraite complémentaire a l'obligation de nommer au moins deux commissaires aux comptes et deux suppléants. Ceux-ci certifient les comptes de la fédération ainsi que les comptes combinés des institutions de retraite complémentaire.

Article R922-57

Les commissaires aux comptes des institutions de retraite complémentaire et de leurs fédérations établissent un rapport général de certification des comptes, accompagné d'un rapport spécial relatif aux conventions réglementées. Ces rapports sont entendus par l'assemblée générale ou par l'instance paritaire en tenant lieu.

Ils exposent dans leur rapport général les conditions de l'accomplissement de leur mission en mentionnant, le cas échéant, les difficultés de toute nature qu'ils ont rencontrées.

Ils établissent également annuellement et présentent au conseil d'administration un rapport spécifique sur une fonction ou sur une activité particulière de l'institution ou de la fédération significative en termes d'analyse du risque. Ce rapport est transmis par les institutions à la fédération concernée.

Lorsque le commissaire aux comptes des institutions de retraite complémentaire n'obtient pas des personnes morales liées directement ou indirectement à l'institution les informations nécessaires à la bonne exécution de sa mission, il en informe sans délai la fédération pour la mise en oeuvre des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 922-5.

Les commissaires aux comptes des fédérations d'institutions de retraite complémentaire certifient également que les comptes combinés des institutions de retraite complémentaire et de la fédération dont elles relèvent, établis par les fédérations, sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de la situation financière de l'ensemble des institutions qui relèvent de la fédération. La certification des comptes combinés est délivrée notamment après examen des travaux des commissaires aux comptes des institutions de retraite complémentaire.

Article R922-58

Lorsque le commissaire aux comptes d'une institution de retraite complémentaire constate un grave manquement à un ou plusieurs des critères de gestion prévus par le règlement de la fédération ou l'existence

d'actes, d'acquisitions ou de pratiques déterminés par ce règlement, il doit le signaler à la fédération concernée. Lorsque le commissaire aux comptes exerce ce signalement, la fédération en informe le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R922-59

Les honoraires des commissaires aux comptes sont à la charge, selon le cas, des institutions de retraite complémentaire ou de leurs fédérations. Le montant des honoraires est fixé d'un commun accord entre le commissaire aux comptes et l'institution ou la fédération, en tenant compte de l'importance du travail nécessaire à l'accomplissement de la mission légale de contrôle.

Sous-section 3 : Devoir d'information des institutions de retraite complémentaire et des fédérations.

Article R922-60

Tout membre adhérent ou participant a le droit d'obtenir communication des statuts, des règlements et des comptes des trois derniers exercices de l'institution de retraite complémentaire et de la fédération dont elle relève. Les frais de photocopie et d'envoi peuvent être mis à la charge du demandeur dans des conditions fixées selon le cas par le règlement de l'institution ou de la fédération. Le règlement détermine les autres documents communicables aux membres adhérents et participants.

Article R922-61

Le ministre chargé de la sécurité sociale reçoit de la fédération communication :

- des procès-verbaux des conseils d'administration de la fédération ;
- de l'ensemble des documents soumis aux assemblées générales ou aux commissions paritaires des fédérations ;
- du rapport prospectif mentionné à l'article R. 922-45 ;
- des circulaires ou instructions à caractère général diffusées auprès des institutions par les fédérations ;
- des sanctions prononcées par la fédération à l'encontre d'une institution ou de ses dirigeants.

En outre, le ministre chargé de la sécurité sociale reçoit, à sa demande, copie des rapports mentionnés à l'article R. 922-57 ainsi que des documents soumis aux différents organes des institutions de retraite complémentaire.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions

Chapitre I : Institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance

Section 1 : Dispositions générales

Sous-section 1 : Dispositions préliminaires

Article R931-1-1

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance ne peuvent pratiquer que des activités définies à l'article L. 931-1 et les opérations qui en découlent directement, exercées dans les conditions fixées par ledit article.

Elles peuvent adhérer à des règlements ou souscrire des contrats, au profit de leurs membres participants, auprès d'autres institutions de prévoyance, de mutuelles régies par le code de la mutualité ou de sociétés régies par le code des assurances dont l'objet est de couvrir des risques ou de garantir des engagements mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 931-1, dès lors que ces opérations demeurent d'importance limitée par rapport à celles qu'elles réalisent sous leur responsabilité directe. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les conditions et limites dans lesquelles les institutions et unions d'institutions de prévoyance peuvent réaliser ces opérations.

Article R931-1-2

Toute institution de prévoyance ou union est désignée par une dénomination sociale qui doit être suivie de la mention : Institution de prévoyance ou union régie par le code de la sécurité sociale. Cette mention figure obligatoirement dans les statuts, les règlements, les bulletins d'adhésion et les contrats de l'institution ainsi que dans tous documents à caractère contractuel ou publicitaire.

Toute institution de prévoyance ou union ayant la réassurance pour activité exclusive est désignée par une dénomination sociale qui doit être suivie de la mention " Institution de prévoyance ou union de réassurance régie par le code de la sécurité sociale ". Cette mention figure obligatoirement dans les statuts, les règlements, les bulletins d'adhésion et les contrats de l'institution ou de l'union ainsi que dans tous documents à caractère contractuel ou publicitaire.

Ces documents ne doivent contenir aucune assertion susceptible d'induire en erreur sur la véritable nature de l'institution ou de l'union ou l'importance réelle de ses engagements ainsi que sur la nature des contrôles exercés sur celles-ci sur la base des dispositions du présent titre et du livre VI du code monétaire et financier .

Sous-section 2 : Constitution

Article R931-1-3

Les institutions de prévoyance sont constituées selon l'une des modalités suivantes :

a) Lorsque leur champ d'intervention s'étend à une branche professionnelle ou à une profession relevant de la septième partie du code du travail , par la conclusion, pour la mise en oeuvre de l'article L. 912-1, d'une convention ou d'un accord collectif entre une ou plusieurs organisations syndicales d'employeurs et une ou plusieurs organisations syndicales de salariés ;

b) Lorsque leur champ d'intervention porte sur une entreprise, par la conclusion, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-2, d'une convention ou d'un accord collectif d'entreprise, ou par la ratification par les intéressés, dans les conditions fixées par l'article L. 911-5, d'un projet de l'employeur ; dans ce cas, les autres sociétés, liées au sens de l'article L. 233-16 du code de commerce à l'entreprise fondatrice, peuvent, dans les mêmes formes ou en étant parties à un accord ou une convention collective de groupe, participer à la constitution de l'institution ;

c) Lorsque le champ d'intervention est ouvert à plusieurs branches professionnelles, professions ou entreprises, par la délibération concordante, d'une part, des représentants des entreprises adhérentes, d'autre part, des représentants des membres participants tels que définis à l'article L. 931-3, réunis en une assemblée générale constitutive de l'institution convoquée dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ce même arrêté fixe, pour chacune de ces catégories, le nombre minimum de membres adhérents et de membres participants que l'institution doit comporter lors de sa constitution.

Article R931-1-4

Les unions d'institutions de prévoyance sont constituées par la délibération concordante, en assemblée générale constitutive, de délégués élus ou désignés par le conseil d'administration de chaque institution membre et représentant, en nombre égal, les membres adhérents et les membres participants de l'institution.

Article R931-1-5

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les mentions et les rubriques que doivent comporter les statuts d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance.

Dans les statuts d'une institution ou d'une union, il ne peut être stipulé aucun avantage particulier au profit des membres, adhérents ou participants, fondateurs de celle-ci.

Article R931-1-6

Le fonds d'établissement des institutions de prévoyance et des unions d'institutions de prévoyance est destiné à faire face, dans les limites fixées par le programme d'activité mentionné à l'article L. 321-10 du code des assurances, aux dépenses des cinq premiers exercices et à garantir les engagements de l'institution ou de l'union.

Le fonds d'établissement est de 380 000 euros au moins lorsque celles-ci pratiquent les opérations mentionnées soit au a, soit au a et au b de l'article L. 931-1 et de 230 000 euros au moins lorsqu'elles pratiquent les opérations mentionnées au b et au c du même article. Il doit être intégralement versé en espèces préalablement à la constitution de l'institution ou de l'union telle que prévue à l'article R. 931-1-9.

Article R931-1-7

Avant la constitution de l'institution ou de l'union, chacun des éléments constitutifs du fonds d'établissement est déposé, pour le compte de l'institution ou de l'union en formation, soit chez un notaire, soit dans un établissement de crédit avec une liste comportant le montant de chacun de ces éléments constitutifs, la dénomination sociale et le siège social ou les noms et prénoms et le domicile de chacun des apporteurs ainsi que la somme apportée par chacun de ces derniers.

Le dépositaire est tenu, jusqu'au retrait de ces éléments constitutifs, de communiquer la liste mentionnée à l'alinéa précédent à chacun des apporteurs qui justifie de son apport. Chacun de ceux-ci peut en prendre connaissance et obtenir, à ses frais, la délivrance d'une copie.

Les apports sont constatés par un certificat du dépositaire établi au moment du dépôt des fonds, soit par le notaire, soit par l'établissement de crédit auprès duquel ils ont été déposés.

Article R931-1-8

Les statuts de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance peuvent prévoir la constitution d'un fonds de développement destiné à procurer à l'institution ou à l'union les éléments de solvabilité dont elle doit disposer pour satisfaire à la réglementation en vigueur. Ce fonds est alimenté par des emprunts contractés en vue de financer un plan d'amélioration de l'exploitation ou un plan de développement à moyen ou long terme.

Les dispositions de l'article R. 931-1-7 s'appliquent au fonds de développement.

Article R931-1-9

I.-En ce qui concerne les institutions de prévoyance qui se constituent dans les conditions prévues au a ou au b de l'article R. 931-1-3, la commission paritaire ou le chef d'entreprise et les intéressés adoptent le projet de statuts de l'institution, approuvent les modalités de constitution du fonds d'établissement, prennent connaissance du certificat du dépositaire mentionné à l'article R. 931-1-7, constatent que l'institution dispose de moyens financiers suffisants et approuvent, le cas échéant, les projets de règlements ; ils nomment les membres du premier conseil d'administration et le ou les commissaires aux comptes de l'institution lorsque ceux-ci ne l'ont pas été dans la convention ou l'accord.

Les statuts et les règlements de l'institution sont annexés, selon les cas, à la convention ou à l'accord collectif ou à l'accord ratifié par les intéressés.

L'institution de prévoyance n'est définitivement constituée qu'à partir du dépôt, selon les cas, de la convention ou de l'accord collectif dans les conditions posées par les articles L. 2231-6 et L. 2261-1 du code du travail ou de l'accord ratifié.

II.-En ce qui concerne les institutions de prévoyance qui se constituent dans les conditions prévues au c de l'article R. 931-1-3 et les unions d'institutions de prévoyance, la première assemblée générale, convoquée à la diligence des membres adhérents et des membres participants fondateurs, adopte le projet de statuts ainsi que les modalités de constitution du fonds d'établissement, prend connaissance du certificat du dépositaire mentionné à l'article R. 931-1-7, constate que l'institution ou l'union dispose de moyens financiers suffisants et approuve, le cas échéant, les projets de règlements ; elle nomme les membres du premier conseil d'administration et le ou les commissaires aux comptes de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance.

Le procès-verbal de la séance constate l'accord entre la majorité des membres adhérents, d'une part, et la majorité des membres participants, d'autre part, sur leur volonté de constituer une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance.

L'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance n'est définitivement constituée qu'à partir de cet accord.

Article R931-1-10

Dans le mois qui suit la constitution de toute institution de prévoyance et union d'institutions de prévoyance, une copie certifiée de la convention, de l'accord ou de la délibération mentionnée à l'article R. 931-1-3 et à l'article R. 931-1-4 ainsi que des statuts est déposée en double exemplaire au greffe du tribunal de grande instance du siège social.

Sont soumises aux mêmes formalités toutes décisions modifiant ces documents ainsi que les statuts mis à jour. Les décisions ayant pour objet la fusion, la scission ou la dissolution de l'institution ou de l'union obéissent également à ces formalités.

Article R931-1-11

Dans le même délai d'un mois, un extrait des documents mentionnés à l'article R. 931-1-10 est publié dans l'un des journaux habilités à recevoir les annonces légales dans le département du siège social. Il est justifié de l'insertion par un exemplaire du journal conservé au siège social de l'institution ou de l'union.

L'extrait comprend la dénomination sociale de l'institution ou de l'union, l'indication du siège social, la désignation des administrateurs, du directeur général et du ou des directeurs généraux délégués et, en outre, le montant et le mode de constitution du fonds d'établissement et, s'il y a lieu, le montant et le mode d'alimentation du fonds de développement. Il indique également la date et le lieu du dépôt prévu à l'article R. 931-1-10.

Article R931-1-12

Toute personne peut obtenir communication des pièces déposées au greffe du tribunal de grande instance ou s'en faire délivrer à ses frais expédition ou extrait par le greffier ou par le notaire détenteur de la minute.

Sous-section 3 : Relations entre les unions d'institutions de prévoyance et leurs membres

Article R931-1-13

Les statuts d'une union d'institutions de prévoyance fixent les modalités selon lesquelles, en cas de manquement d'une institution à ses obligations vis-à-vis de l'union, le conseil d'administration de cette dernière peut, après que l'institution concernée ait présenté ses observations, procéder à son exclusion.

Article R931-1-14

Lorsque l'adhésion à une union est réalisée par une institution de prévoyance membre dans le cadre d'une convention, le bulletin d'adhésion au règlement de l'union ou le contrat souscrit auprès de celle-ci ainsi que la notice d'information remise à chaque membre participant indiquent en caractères apparents que l'union est seule responsable vis-à-vis des membres participants, des bénéficiaires et des ayants droit et précisent la nature des opérations réalisées par l'institution pour le compte de l'union.

Sous-section 4 : Les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale

Article R931-1-15

Les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale sont constituées par la réunion en assemblée générale des représentants des organismes fondateurs.

Préalablement à la tenue de l'assemblée générale constitutive de la société de groupe assurantiel de protection sociale, les organismes fondateurs procèdent au dépôt des éléments constitutifs du fonds d'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 931-1-7.

Au procès-verbal de l'assemblée constitutive sont annexés les éléments suivants :

- a) La liste dûment certifiée des organismes fondateurs, mentionnant pour chacun d'eux, leur dénomination, leur siège social, le montant de leurs engagements techniques et leur chiffre d'affaire par branche ;
- b) Un exemplaire des statuts ;
- c) L'état des sommes versées pour la constitution du fonds d'établissement ;
- d) Un certificat du notaire ou de l'établissement de crédit constatant que ces sommes ont été versées préalablement à la constitution de la société de groupe assurantiel de protection sociale.

Les documents susmentionnés doivent être adressés dans un délai d'un mois à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Les dispositions des articles R. 931-1-10 et R. 931-1-11 relatives à la publicité sont applicables aux sociétés de groupe assurantiel de protection sociale.

Article R931-1-16

I.-Les statuts des sociétés de groupe assurantiel de protection sociale doivent fixer les conditions d'admission, de retrait ou d'exclusion des organismes affiliés à la société de groupe assurantiel de protection sociale.

Ils doivent prévoir que l'admission, le retrait ou l'exclusion d'un organisme affilié fait l'objet d'une déclaration préalable auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, accompagnée d'un dossier dont celle-ci fixe la composition. L'Autorité peut, dans un délai de trois mois à compter de la réception du dossier, s'opposer à l'opération, si celle-ci apparaît contraire aux intérêts des assurés des organismes affiliés, par une décision motivée adressée à la ou aux personnes intéressées par lettre recommandée avec accusé de réception. A défaut d'opposition de l'Autorité, l'opération peut être réalisée à l'expiration de ce délai.

Ces statuts doivent également :

- a) Fixer, sans être tenus par un minimum, le montant de leur fonds d'établissement ;
- b) Prévoir que l'assemblée générale est composée de tous les organismes affiliés, représentés chacun par au plus deux de ses dirigeants, administrateurs ou membres du conseil de surveillance dûment mandatés ou par un représentant directement nommé soit par l'assemblée générale ou par la commission paritaire le cas échéant, soit par des délégués de l'organisme affilié eux-mêmes nommés par l'assemblée générale ou par la commission paritaire le cas échéant ;
- c) Déterminer le nombre de voix dont dispose chacun de ces organismes ;
- d) Déterminer les modalités de l'exercice effectif de l'influence dominante de la société de groupe assurantiel de protection sociale sur les décisions, y compris financières, des organismes affiliés.

II.-Les statuts doivent conférer à la société de groupe assurantiel de protection sociale des pouvoirs de contrôle à l'égard des organismes affiliés, y compris en ce qui concerne leur gestion. Ils peuvent notamment, à condition que les statuts des organismes affiliés le permettent :

a) Subordonner à l'autorisation préalable du conseil d'administration ou du conseil de surveillance de la société de groupe assurantiel de protection sociale, la conclusion par ces organismes d'opérations énumérées par leurs statuts, notamment l'acquisition ou la cession d'immeubles par nature, l'acquisition ou la cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, la constitution de sûretés et l'octroi de cautions, avals ou garanties ;

b) Prévoir des pouvoirs de sanction de la société de groupe assurantiel de protection sociale à l'égard des organismes affiliés.

III.-Les statuts peuvent prévoir que tout organisme demandant son admission à la société de groupe assurantiel de protection sociale modifie au préalable ses propres statuts afin de reconnaître à la société de groupe assurantiel de protection sociale le droit de demander la convocation de son assemblée générale, ou le cas échéant de la commission paritaire et de proposer lors de celle-ci l'élection de nouveaux candidats aux fonctions d'administrateur ou de membre du conseil de surveillance.

IV.-Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale précise les mentions et les rubriques que doivent comporter les statuts des sociétés de groupe assurantiel de protection sociale.

Article R931-1-17

La société de groupe assurantiel de protection sociale est administrée par un conseil d'administration composé de dix membres au moins. Les statuts fixent le nombre maximum des membres du conseil, qui ne peut excéder trente.

Le conseil d'administration est composé dans les conditions précisées aux trois derniers alinéas de l'article R. 931-3-1.

Article R931-1-18

Les administrateurs sont nommés par l'assemblée générale.

Sous réserve des dispositions de l'article R. 931-1-20, la durée des fonctions d'administrateur est fixée par les statuts de la société de groupe assurantiel de protection sociale sans pouvoir excéder quatre ans.

Le mandat des administrateurs sortants peut être renouvelé, sauf stipulation contraire des statuts.

Article R931-1-19

Les statuts doivent prévoir, pour l'exercice des fonctions d'administrateur, une limite d'âge s'appliquant soit à l'ensemble des administrateurs, soit à un pourcentage déterminé d'entre eux.

A défaut de disposition expresse dans les statuts, le nombre des administrateurs ayant dépassé l'âge de soixante-dix ans ne peut être supérieur au tiers des administrateurs en fonctions. Toute nomination intervenue en violation de ces dispositions est nulle.

A défaut de disposition expresse dans les statuts prévoyant une autre procédure, lorsque la limitation statutaire ou légale fixée pour l'âge des administrateurs est dépassée, l'administrateur le plus âgé est réputé démissionnaire d'office.

Article R931-1-20

Les postes d'administrateur devenus vacants par décès, démission ou perte du mandat de l'organisme qu'il représente, sont pourvus dans des conditions et délais définis par les statuts de la société de groupe assurantiel de protection sociale.

Les postes d'administrateurs dont la poursuite du mandat a fait l'objet d'une opposition de la part de l'Autorité de contrôle prudentiel et résolution dans les conditions mentionnées au V de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier sont pourvus dans des conditions et délais définis par les statuts de la société de groupe assurantiel de protection sociale.

Article R931-1-21

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'activité de la société de groupe assurantiel de protection sociale et veille à leur mise en œuvre. Sous réserve des pouvoirs expressément attribués aux assemblées générales et dans la limite de l'objet social, il se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la société de groupe assurantiel de protection sociale et règle par ses délibérations les affaires qui la concernent. Il arrête le budget, les comptes ainsi que le rapport de gestion.

A l'égard des tiers, la société de groupe assurantiel de protection sociale est engagée même par les actes du conseil d'administration qui ne relèvent pas de son objet social, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances, la seule publication des statuts ne suffisant pas à constituer cette preuve.

Le conseil d'administration procède aux contrôles et vérifications qu'il juge opportuns. Le président ou le directeur général de la société de groupe assurantiel de protection sociale est tenu de communiquer à chaque administrateur tous les documents et informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Les cautions, avals et garanties donnés par la société de groupe assurantiel de protection sociale font l'objet d'une autorisation du conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article R. 225-28 du code de commerce.

Article R931-1-22

Il peut être alloué, par le conseil d'administration, des rémunérations exceptionnelles pour les missions ou mandats confiés à des administrateurs. Dans ce cas, ces rémunérations, portées aux charges d'exploitation sont soumises aux dispositions des articles R. 931-3-24 à R. 931-3-28.

Article R931-1-23

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président et le cas échéant un vice-président. Il détermine sa rémunération.

Le président et le cas échéant le vice président sont nommés pour une durée qui ne peut excéder celle de leur mandat d'administrateur. Ils sont rééligibles.

Le conseil d'administration peut les révoquer à tout moment. Toute disposition contraire est réputée non écrite.

Article R931-1-24

En cas d'empêchement temporaire ou de décès du président, le conseil d'administration peut déléguer un administrateur dans les fonctions de président.

En cas d'empêchement temporaire, cette délégation est donnée pour une durée limitée. Elle est renouvelable. En cas de décès, elle vaut jusqu'à l'élection du nouveau président.

En cas de décès, de démission ou de révocation du président du conseil d'administration et si le conseil n'a pu le remplacer par un de ses membres, il peut nommer, sous réserve des dispositions de l'article R. 931-1-20, un administrateur supplémentaire qui est appelé aux fonctions de président.

Article R931-1-25

Les fonctions d'un administrateur prennent fin à l'issue de la réunion de l'assemblée générale ayant statué sur les comptes de l'exercice écoulé et tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat de cet administrateur.

Article R931-1-26

Sauf clause contraire des statuts, un administrateur peut donner, par écrit, mandat à un autre administrateur de le représenter à une séance du conseil d'administration.

Chaque administrateur ne peut disposer, au cours d'une même séance, que d'une seule des procurations reçues par application de l'alinéa précédent.

Article R931-1-27

Le conseil d'administration peut conférer à un ou plusieurs de ses membres tous mandats spéciaux pour un ou plusieurs objets déterminés.

Il peut décider la création de comités chargés d'étudier les questions que lui-même ou son président soumet, pour avis, à leur examen. Il fixe la composition et les attributions des comités qui exercent leur activité sous sa responsabilité.

Article R931-1-28

Les articles R. 931-3-9, R. 931-3-10-1, R. 931-3-13 à R. 931-3-14-1, R. 931-3-16 à R. 931-3-19, R. 931-3-21 à R. 931-3-22-4, R. 931-3-23, R. 931-3-24 à R. 931-3-28 et le premier alinéa de l'article R. 931-3-20 s'appliquent aux sociétés de groupe assurantiel de protection sociale.

Pour l'application de ces dispositions, il faut entendre : " sociétés de groupe assurantiel de protection sociale " là où est mentionné : les " institutions de prévoyance ou leurs unions ".

Article R931-1-29

I.-Il est tenu chaque année au moins une assemblée générale dans les conditions prévues par les statuts. A cette assemblée sont présentés par le conseil d'administration, le bilan, le compte de résultat et l'annexe de l'exercice écoulé de la société de groupe assurantiel de protection sociale.

L'assemblée générale peut, en outre, être convoquée, à toute époque, par le conseil d'administration.

II.-Le président convoque l'assemblée générale par lettre recommandée adressée aux organismes affiliés, quinze jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée, en mentionnant l'ordre du jour. L'assemblée ne peut délibérer que sur les questions figurant à cet ordre du jour.

L'ordre du jour, arrêté par le président, comporte les propositions du conseil d'administration et celles qui lui auront été communiquées par tout organisme affilié vingt jours au moins avant la réunion de l'assemblée générale.

III.-Tout organisme affilié peut, dans les quinze jours qui précèdent la réunion d'une assemblée générale, prendre, au siège social, communication par lui-même ou par un mandataire, du bilan, du compte de résultat et de l'annexe de la société de groupe assurantiel de protection sociale qui seront présentés à l'assemblée générale ainsi que tous les documents qui doivent être communiqués à l'assemblée parmi lesquels doivent figurer le bilan, les comptes de résultat technique et non technique et l'annexe de chacun des organismes affiliés à la société de groupe assurantiel de protection sociale.

IV.-L'assemblée générale délibère valablement si les organismes affiliés par convention présents ou représentés constituent la moitié au moins, à la fois, du nombre total d'organismes affiliés et des voix dont ils disposent. A défaut, une nouvelle assemblée est convoquée dans les formes et délais prescrits par les statuts ; dans ce cas, l'assemblée délibère valablement quel que soit le nombre des organismes présents ou représentés.

V.-L'assemblée générale, à condition de délibérer à la majorité des deux tiers au moins, en nombre et en voix, des organismes affiliés, peut modifier les statuts dans toutes leurs dispositions. Elle peut, dans les mêmes conditions, autoriser la fusion de la société de groupe assurantiel de protection sociale avec une autre société de groupe assurantiel de protection sociale.

VI.-Les dispositions des articles R. 931-3-52 à R. 931-3-64 sont applicables aux sociétés de groupe assurantiel de protection sociale.

VII.-Dans le cas où, du fait de pertes constatées dans les documents comptables, l'actif net devient inférieur à la moitié du fonds d'établissement, le conseil d'administration est tenu de provoquer la réunion de l'assemblée générale délibérant dans les conditions fixées au V et de statuer sur la question de savoir s'il y a lieu de prononcer la dissolution de la société de groupe assurantiel de protection sociale.

VIII.-Toute décision d'emprunter doit être autorisée par l'assemblée générale délibérant dans les conditions prévues au V et faire l'objet d'une résolution spéciale dont la teneur est préalablement soumise à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Celle-ci se prononce, en veillant à la sauvegarde des intérêts des assurés ou membres participants des organismes affiliés, au vu d'un dossier comportant une présentation détaillée des objectifs poursuivis, des conséquences de l'emprunt sur la situation financière de la société de groupe assurantiel de protection sociale et des organismes affiliés, ainsi que, le cas échéant, une description précise des cas de remboursement anticipé. La décision de l'Autorité est communiquée à l'assemblée générale.

Article R931-1-30

Toute société de groupe assurantiel de protection sociale constituée en violation des articles R. 931-1-15 à R. 931-1-18 est nulle.

Toutefois, ni la société de groupe assurantiel de protection sociale ni les organismes affiliés ne peuvent se prévaloir de la nullité à l'égard des tiers de bonne foi.

Lorsque la société de groupe assurantiel de protection sociale est ainsi déclarée nulle à la demande des personnes intéressées, les fondateurs auxquels la nullité est imputable et les administrateurs en fonction au moment où elle a été encourue sont responsables solidairement envers les tiers et les organismes affiliés du dommage résultant de cette annulation.

Si, pour couvrir la nullité, une assemblée générale devait être convoquée, l'action en nullité n'est plus recevable à partir de la date de la convocation régulière de cette assemblée.

L'action en nullité de la société de groupe assurantiel de protection sociale ou des actes et délibérations postérieurs à sa constitution est éteinte lorsque la cause de la nullité a cessé d'exister avant l'introduction de la demande ou, en tout cas, du jour où le tribunal statue sur le fond en première instance. Nonobstant la régularisation, les frais des actions en nullité intentées antérieurement sont à la charge des défendeurs.

Le tribunal saisi d'une action en nullité peut, même d'office, fixer un délai pour couvrir les nullités.

L'action en responsabilité, pour les faits dont résultait la nullité, cesse également d'être recevable, lorsque la cause de la nullité a cessé d'exister, soit avant l'introduction de la demande, soit au jour où le tribunal statue sur le fond en première instance, soit dans un délai imparti pour couvrir la nullité, et, en outre, lorsque trois ans se sont écoulés depuis le jour où la nullité était encourue.

Article R931-1-31

La convention d'affiliation mentionnée au onzième alinéa de l'article L. 931-2-2 contient la description des liens, des obligations, des engagements et des modalités de partage des coûts ou de toute autre forme de coopération entre la société de groupe assurantiel de protection sociale et l'organisme affilié. Elle doit comporter l'engagement de celui-ci de subordonner son retrait éventuel au respect des conditions posées au deuxième alinéa du I de l'article R. 931-1-16.

Les conventions d'affiliation, leurs modifications et leur résiliation éventuelle doivent être approuvées par les assemblées générales de la société de groupe assurantiel de protection sociale et de l'organisme affilié.

Section 2 : Agrément administratif

Sous-section 1 : Agrément administratif des institutions de prévoyance et unions d'assurance

Article R931-2-1

Pour l'octroi de l'agrément prévu à l'article L. 931-4, les opérations réalisées par les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance sont classées en branches et sous-branches de la manière suivante :

1. Accidents (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles) :
 - a) Prestations forfaitaires ;
 - b) Prestations indemnitaires ;

c) Combinaisons.

2. Maladie :

a) Prestations forfaitaires ;

b) Prestations indemnitaires ;

c) Combinaisons.

16. Pertes pécuniaires diverses :

a) Risques d'emploi.

20. Vie-décès :

Toute opération comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine autre que les activités visées aux branches 22 et 26.

21. Nuptialité-natalité :

Toute opération ayant pour objet le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants.

22. Assurances liées à des fonds d'investissement :

Toutes opérations comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine et liées à un fonds d'investissement.

24. Capitalisation :

Toute opération d'appel à l'épargne en vue de la capitalisation et comportant, en échange de versements uniques ou périodiques, directs ou indirects, des engagements déterminés quant à leur durée et à leur montant.

25. Gestion de fonds collectifs :

Toute opération consistant à gérer les placements, et notamment les actifs représentatifs des réserves des organismes qui fournissent des prestations en cas de décès, en cas de vie ou en cas de cessation ou de réduction d'activités.

26. Toute opération à caractère collectif définie à la section 4 du chapitre II du titre III du présent livre.

Article R931-2-2

Sous réserve des dispositions de la présente section, les articles R. 321-1-1 à R. 321-5, R. 321-14 et R. 321-16 à R. 321-18 du code des assurances sont applicables aux institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-4.

Pour l'application de l'alinéa précédent, la référence : " R. 321-1 du code des assurances " est remplacée par la référence : " R. 931-2-1 du code de la sécurité sociale " et il y a lieu d'entendre " institution de prévoyance ou union mentionnée à l'article L. 931-4 " là où est mentionné dans le code des assurances le mot : " entreprise ", " le bulletin d'adhésion à un règlement ou le contrat collectif " là où est mentionné dans le code des assurances le mot : " contrat ", " les institutions de prévoyance et les unions mentionnées à

l'article L. 931-4 " là où est mentionné : " les entreprises mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 310-2 ", " les risques mentionnés au a et b de l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale " là où est mentionné : " les risques mentionnés au 1° et au 2° de l'article L. 310-1 " et " agréments mentionnés à l'article L. 931-4 " là où est mentionné : " agréments mentionnés aux articles L. 321-1, L. 321-7 et L. 321-9 ".

Article R931-2-4

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance ne peuvent être agréées que pour pratiquer soit les branches ou sous-branches mentionnées aux 1, 2 et 16 a de l'article R. 931-2-1, soit les branches mentionnées aux 20 à 22 et 24 à 26 du même article.

Toutefois, les institutions et les unions peuvent être agréées pour pratiquer simultanément au moins deux ou plusieurs branches mentionnées soit aux 1 et 2, soit aux 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1.

Sous-section 2 : Agrément administratif des institutions de prévoyance et unions de réassurance

Article R931-2-5-1

Pour l'octroi de l'agrément prévu à l'article L. 931-4-1, les opérations de réassurance sont classées en activités de la manière suivante :

1. Non-vie : réassurance des opérations visées aux b et c de l'article L. 931-1 ;
2. Vie : réassurance des opérations visées au a de l'article L. 931-1.

Article R931-2-5-2

Les institutions et les unions de réassurance doivent limiter leur objet à l'activité de réassurance et aux opérations liées. Cette exigence peut inclure une fonction de détention de participation dans le secteur financier au sens du 3° de l'article L. 517-2 du code monétaire et financier.

Article R931-2-5-3

Sous réserve des dispositions de la présente section, les articles R. 321-5-2 et R. 321-5-3 et R. 321-26 à R. 321-29 du code des assurances sont applicables aux institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-4-1.

Pour l'application de l'alinéa précédent, il y a lieu d'entendre : " les institutions et unions mentionnées à l'article L. 931-4-1 " là où est mentionné dans le code des assurances : " toute entreprise mentionnée au 1° du III de l'article L. 310-1-1 " et " agréments mentionnés à l'article L. 931-4-1 " là où est mentionné : " agréments mentionnés à l'article L. 321-1-1 ".

Section 3 : (Fonctionnement)

Sous-section 2 : Gouvernance

Paragraphe 1 : Composition du conseil d'administration

Article R931-3-1

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance sont administrées par un conseil d'administration composé de personnes physiques représentant, en nombre égal, les membres adhérents, qui constituent le collège des adhérents, et les membres participants, qui constituent le collège des participants. Les statuts fixent le nombre de membres du conseil, qui ne peut être inférieur à dix, ni supérieur à trente.

Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

La proportion des administrateurs de chaque sexe ne peut être inférieure à 40 % dans les institutions de prévoyance et les unions qui emploient, pendant trois exercices consécutifs, un nombre moyen d'au moins deux cent cinquante salariés permanents et présentent un montant net de chiffre d'affaires ou un total de bilan d'au moins 50 millions d'euros.

Toute désignation intervenue en violation du précédent alinéa et n'ayant pas pour effet de remédier à l'irrégularité de la composition du conseil est nulle. Cette nullité n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles a pris part l'administrateur irrégulièrement désigné.

Article R931-3-2

Les statuts des institutions de prévoyance déterminent la composition du conseil d'administration.

Les administrateurs des institutions de prévoyance constituées selon le a du premier alinéa de l'article R. 931-1-3 sont désignés, pour le collège des adhérents, par les organisations syndicales d'employeurs et, pour le collège des participants, par les organisations syndicales de salariés ayant participé à la négociation de la convention, de l'accord collectif ou de leurs avenants.

Les administrateurs des institutions de prévoyance constituées selon le b du premier alinéa de l'article R. 931-1-3 appartenant au collège des adhérents sont désignés par l'employeur. Lorsque l'institution a été constituée sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, les administrateurs appartenant au collège des participants sont désignés par les organisations syndicales de salariés ayant participé à la négociation de la convention, de l'accord collectif ou de leurs avenants ; lorsque l'institution a été constituée sur la base d'un accord ratifié par référendum, ces administrateurs sont élus par les intéressés.

Les administrateurs des institutions constituées selon le c du premier alinéa de l'article R. 931-1-3 sont désignés, pour le collège des adhérents, par les organisations syndicales d'employeurs et, pour le collège des participants, par les organisations syndicales de salariés représentatives dans le champ d'intervention de l'institution.

Lorsque les statuts de l'institution prévoient des administrateurs suppléants, ceux-ci sont élus ou désignés dans les mêmes conditions que les administrateurs titulaires.

Article R931-3-3

Les organisations syndicales d'employeurs et de salariés procèdent à la désignation d'administrateurs conformément aux dispositions de l'article R. 931-3-2 :

- a) Soit en fonction de leur représentativité dans le champ d'intervention de l'institution ;
- b) Soit sur la base d'un accord conclu entre les organisations représentatives de chacun des deux collèges, qui détermine le nombre de sièges de chaque organisation ;

Dans tous les cas, les organisations syndicales veillent, par les désignations qu'elles opèrent, à assurer la représentation de l'ensemble des membres adhérents et participants de l'institution.

Article R931-3-4

Les administrateurs des unions d'institutions de prévoyance ainsi que leurs suppléants sont élus ou désignés dans les conditions fixées par les statuts, pour chacun des deux collèges, respectivement par les délégués à l'assemblée générale des membres adhérents de chacune des institutions membres de l'union et par les délégués à l'assemblée générale des membres participants de ces institutions.

Article R931-3-5

Sous réserve des dispositions de l'article R. 931-3-10, la durée des fonctions d'administrateur est fixée par les statuts de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance sans pouvoir excéder quatre ans.

Le mandat des administrateurs sortants peut être renouvelé, sauf stipulation contraire des statuts.

Les administrateurs peuvent être révoqués à tout moment par l'organisation qui les a nommés.

Article R931-3-6

Toute élection ou désignation des administrateurs intervenue en violation des dispositions des articles R. 931-3-1 à R. 931-3-5 est nulle, à l'exception de celles auxquelles il est procédé dans les conditions prévues à l'article R. 931-3-10.

Article R931-3-7

Les statuts doivent prévoir, pour l'exercice des fonctions d'administrateur, une limite d'âge, s'appliquant soit à l'ensemble des administrateurs, soit à un pourcentage déterminé d'entre eux identique pour chacun des deux collèges.

A défaut de disposition expresse dans les statuts, le nombre des administrateurs ayant dépassé la limite d'âge de soixante-dix ans ne pourra être supérieur, dans chacun des deux collèges, au tiers des administrateurs en fonction.

Toute élection ou désignation intervenue en violation des dispositions des deux alinéas précédents est nulle.

A défaut de disposition expresse dans les statuts prévoyant une procédure différente, lorsque la limitation statutaire ou légale fixée pour l'âge des administrateurs est dépassée, l'administrateur le plus âgé du collège considéré est réputé démissionnaire d'office.

Article R931-3-8

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de quatre conseils d'administration d'institutions de prévoyance et d'unions d'institutions de prévoyance.

Toute personne qui, lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec les dispositions de l'alinéa qui précède doit, dans les trois mois de sa nomination, se démettre de l'un de ses mandats. A l'expiration de ce délai, elle est réputée s'être démise de son nouveau mandat, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

Les mandats d'administrateur des institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance détenus dans des organismes paritaires faisant partie d'un groupe défini à l'article L. 356-1 du code des assurances ne comptent que pour un seul mandat.

Article R931-3-9

Un administrateur d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance, d'un groupement dont l'institution ou l'union est membre, d'une personne morale liée directement ou indirectement à l'institution ou à l'union par convention ne peut être salarié de l'institution ou de l'union ou le devenir qu'à l'issue d'une durée de trois ans à compter de la fin de son mandat. Un ancien salarié d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance, d'un groupement dont l'institution ou l'union est membre, d'une personne morale liée directement ou indirectement à l'institution ou à l'union par convention ne peut être administrateur de l'institution ou de l'union qu'à l'issue d'une durée de trois ans à compter de la rupture de son contrat de travail. Tout candidat au poste d'administrateur doit faire connaître au conseil d'administration les autres fonctions qu'il exerce à cette date.

Toute nomination intervenue en violation des dispositions des deux alinéas qui précèdent est nulle. Cette nullité n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles a pris part l'administrateur irrégulièrement nommé.

Article R931-3-10

Les postes d'administrateur devenus vacants par décès, démission ou perte de la qualité de membre de l'institution ou de l'union, par démission de l'organisation syndicale d'employeurs ou de salariés représentée ou par retrait du mandat confié par ladite organisation syndicale, sont pourvus dans des conditions et délais définis par les statuts de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance.

Les postes d'administrateurs dont la poursuite du mandat a fait l'objet d'une opposition de la part de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions mentionnées au V de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier sont pourvus dans des conditions et délais définis par les statuts de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance. Dans le cas où le ou les administrateurs ont été désignés par une organisation syndicale d'employeurs ou de salariés dans les conditions mentionnées à l'article R. 931-3-2, l'institution de prévoyance ou l'union transmet à ladite organisation syndicale les motivations de l'opposition qui lui ont été communiquées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article R931-3-10-1

Lorsque, en application de l'article L. 931-7-2, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tient compte, dans l'appréciation portée sur chaque membre du conseil d'administration, de la compétence, de l'expérience et des attributions des autres membres de l'organe auquel il appartient, elle s'assure que ceux-ci disposent collectivement des connaissances et de l'expérience nécessaires en matière de marchés de l'assurance et de marchés financiers, de stratégie de l'institution de prévoyance ou de l'union et de son modèle économique, de son système de gouvernance, d'analyse financière et actuarielle et d'exigences législatives et réglementaires applicables à l'institution de prévoyance ou à l'union, appropriées à l'exercice des responsabilités dévolues au conseil d'administration.

Paragraphe 2 : Attributions et fonctionnement du conseil d'administration

Article R931-3-11

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'activité de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance telles que définies à l'article L. 931-1 et veille à leur mise en œuvre. Il détermine également les orientations de la politique d'action sociale de l'institution ou de l'union. Il arrête le budget, les comptes ainsi que le rapport de gestion.

Sous réserve des pouvoirs expressément attribués, selon les cas, par les lois et règlements, à la commission paritaire, à l'assemblée générale ou à l'employeur et aux intéressés et dans la limite de l'objet social, il se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'institution de prévoyance ou de l'union et règle par ses délibérations les affaires qui la concernent.

A l'égard des tiers, l'institution de prévoyance ou l'union est engagée même par les actes du conseil d'administration qui ne relèvent pas de l'objet social, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances, la seule publication des statuts ne suffisant pas à constituer cette preuve.

Le conseil d'administration procède aux contrôles et vérifications qu'il juge opportuns. Le président du conseil d'administration, ou à défaut le vice président du conseil d'administration, ou le directeur général est tenu de communiquer à chaque administrateur tous les documents et informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Les cautions, avals et garanties donnés par des institutions ou unions font l'objet d'une autorisation du conseil dans les conditions de l'article R. 225-28 du code de commerce.

Article R931-3-12

Le conseil d'administration peut nommer en son sein une ou plusieurs commissions. Ces commissions exercent leur activité sous la responsabilité du conseil qui ne peut en aucun cas leur déléguer les pouvoirs qu'il tient de l'article R. 931-3-11.

Lorsque l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance met en oeuvre une action sociale au profit de ses membres participants, bénéficiaires et ayants droits, le conseil peut créer une commission d'action sociale à laquelle il donne mandat, sur la base des orientations qu'il arrête, pour l'attribution d'aides individuelles. La commission d'action sociale rend obligatoirement compte au conseil, chaque année, de l'exercice de son mandat.

Le conseil d'administration d'une union d'institutions de prévoyance peut donner mandat aux conseils d'administration des institutions de prévoyance qui en sont membres pour la mise en oeuvre de l'action sociale de l'union. Nonobstant l'application des dispositions de l'alinéa précédent par les institutions membres, la commission d'action sociale de chacune d'entre elles rend obligatoirement compte au conseil d'administration de l'union de l'exercice du mandat qui lui a été consenti.

Article R931-3-13

Le conseil d'administration délibère annuellement sur la politique de l'institution de prévoyance ou de l'union en matière d'égalité professionnelle et salariale. Dans les institutions de prévoyance ou unions devant établir le rapport sur la situation comparée des conditions générales d'emploi et de formation des femmes et des hommes dans l'entreprise prévu à l'article L. 2323-57 du code du travail et dans celles qui mettent en oeuvre un plan pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes visé par l'article L. 1143-1 du même code, il délibère sur cette base.

Article R931-3-14

Le déplacement du siège social dans le même département ou dans un département limitrophe peut être décidé par le conseil d'administration, sous réserve de ratification de cette décision par, selon le cas, la prochaine commission paritaire ou assemblée générale.

Article R931-3-14-1

Les statuts de l'institution de prévoyance ou de l'union déterminent les règles relatives à la convocation et aux délibérations du conseil d'administration.

Lorsqu'il ne s'est pas réuni depuis plus de quatre mois, le tiers au moins des membres du conseil d'administration peut demander au président de convoquer celui-ci sur un ordre du jour déterminé.

Le directeur général peut également demander au président de convoquer le conseil d'administration sur un ordre du jour déterminé.

Le président est lié par les demandes qui lui sont adressées en vertu des deux alinéas précédents.

Article R931-3-15

Le conseil d'administration d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance élit en alternance et pour une durée fixée par les statuts, inférieure à celle des fonctions d'administrateur, un président et un vice-président obligatoirement choisis parmi des administrateurs appartenant à des collègues différents.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président et du vice-président. Toute disposition contraire au présent article est réputée non écrite.

Le président ou, à défaut, le vice-président convoque le conseil d'administration et fixe l'ordre du jour de ses réunions.

Article R931-3-16

Les statuts prévoient pour l'exercice des fonctions de président du conseil d'administration et de vice-président une limite d'âge qui, à défaut d'une disposition expresse, est fixée à soixante-dix ans.

Toute nomination intervenue en violation des dispositions prévues à l'alinéa précédent est nulle.

Lorsqu'un président ou un vice-président atteint la limite d'âge, il est réputé démissionnaire d'office.

Article R931-3-17

Nul ne peut exercer simultanément plus de trois mandats de président ou de vice-président du conseil d'administration d'une institution ou d'une union d'institutions de prévoyance.

Sauf disposition contraire des statuts, nul ne peut exercer simultanément un mandat de président ou de vice-président d'une union d'institutions de prévoyance et d'une institution de prévoyance membre de ladite union.

Les dispositions des deux derniers alinéas de l'article R. 931-3-8 sont applicables.

Article R931-3-18

Le président du conseil d'administration ou, à défaut, le vice-président organise et dirige les travaux du conseil d'administration, dont il rend compte à l'assemblée générale ou à la commission paritaire. Il veille au bon fonctionnement des organes de l'institution de prévoyance ou de l'union et s'assure, en particulier, que les administrateurs sont en mesure de remplir leur mission.

Article R931-3-19

Le conseil d'administration d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. Toute clause contraire est réputée non écrite.

Sauf pour l'arrêt des comptes annuels et des comptes consolidés ou combinés, les statuts peuvent prévoir que sont réputés présents, pour le calcul du quorum et de la majorité, les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Les statuts peuvent limiter la nature des décisions pouvant être prises lors d'une réunion tenue dans ces conditions et prévoir un droit d'opposition au profit d'un nombre déterminé d'administrateurs.

L'administrateur d'un collège déterminé ne peut disposer, au cours d'une même séance, que d'une procuration donnée par un administrateur appartenant au même collège.

Les administrateurs, ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration, sont tenus à la discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président, le vice-président ou le directeur général.

Article R931-3-20

A peine de nullité du contrat, il est interdit aux administrateurs, au directeur général et aux directeurs généraux délégués de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de l'institution ou de l'union, de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers et de percevoir, directement ou par personne interposée, toute rémunération relative aux opérations mises en oeuvre par l'institution ou l'union. La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des personnes visées au présent article ainsi qu'à toute personne interposée.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en cette dernière qualité, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par l'institution ou l'union à l'ensemble de ses membres participants au titre de l'action sociale qu'elle met en oeuvre. Cette interdiction ne s'applique pas aux dirigeants de l'institution ou de l'union autres que les administrateurs lorsque ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de l'institution ou de l'union. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des dirigeants.

Article R931-3-21

Les fonctions d'administrateur d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance sont gratuites. Toutefois, les administrateurs ont droit au remboursement des frais de déplacement ou de séjour ainsi que des pertes de salaires subies à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Toute clause contraire est réputée non écrite et toute décision contraire est nulle.

Paragraphe 6 : Composition et fonctionnement des assemblées générales

Article R931-3-37

Les statuts de l'institution ou de l'union déterminent la composition de l'assemblée générale sous réserve des dispositions des articles R. 931-3-38 à R. 931-3-40.

Article R931-3-38

L'assemblée générale des institutions de prévoyance est composée soit de l'ensemble des membres adhérents et des membres participants, soit de délégués désignés ou élus représentant les membres adhérents et les membres participants.

Dans tous les cas, ne peuvent participer à l'assemblée générale que les membres à jour de leurs cotisations.

Article R931-3-39

Lorsque l'assemblée générale d'une institution de prévoyance est composée de délégués nommés par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés, les statuts fixent les modalités de leur nomination qui doivent permettre d'assurer une représentation de l'ensemble des membres adhérents et de l'ensemble des membres participants qui prend notamment en compte les résultats des élections professionnelles dans la ou les entreprises couvertes par l'institution. Les statuts peuvent également prévoir un nombre de sièges identique pour chacune des organisations syndicales de salariés.

Lorsque l'assemblée générale d'une institution de prévoyance est composée de délégués élus par les membres adhérents et les membres participants, ceux-ci peuvent être répartis en circonscription de vote selon des critères géographiques ou professionnels.

Dans tous les cas, le nombre des délégués d'un même collège ne peut être inférieur à trente.

Les clauses des statuts contraires aux dispositions du présent article sont réputées non écrites.

Article R931-3-40

L'assemblée générale des unions d'institutions de prévoyance est constituée soit de délégués désignés par chacun des deux collèges des conseils d'administration des institutions qui en sont membres, soit de l'ensemble des administrateurs appartenant à chacun desdits conseils d'administration. Le nombre de voix des délégués est fonction du nombre de membres participants couverts par l'union. Il ne peut en aucun cas être déterminé par référence au volume d'activité des institutions membres de l'union.

Article R931-3-41

Lorsqu'elle se réunit pour exercer les attributions fixées par l'article R. 931-3-30, l'assemblée générale ne délibère valablement que si, lors de la première convocation et pour chacun des deux collèges, le tiers au moins des membres ou des délégués sont présents ou représentés. A défaut de ce dernier quorum, une seconde assemblée est convoquée qui délibère quel que soit le quorum.

Lorsqu'elle se réunit pour exercer les attributions fixées par l'article R. 931-3-31, l'assemblée générale ne délibère valablement que si, lors de la première convocation et pour chacun des deux collèges, le quart au moins des membres ou des délégués sont présents ou représentés. A défaut de ce dernier quorum, une seconde assemblée est convoquée qui délibère quel que soit le quorum.

Dans tous les cas, les projets de délibérations soumis à l'assemblée générale sont adoptés par voie de délibération concordante entre les membres ou délégués adhérents et participants, qu'ils soient présents ou représentés ou aient fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Article R931-3-42

L'assemblée générale est convoquée par le président du conseil d'administration ou, en cas d'empêchement, par le vice-président.

Lorsque les circonstances le justifient, elle peut être également convoquée par les commissaires aux comptes et les liquidateurs.

Sauf clause différente des statuts, les assemblées générales sont réunies au siège social ou en tout autre lieu du même département ou de la même région.

Une feuille de présence est tenue à chaque assemblée.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les formes et délais de convocation de l'assemblée générale.

Article R931-3-43

L'ordre du jour de l'assemblée générale est fixé par l'auteur de la convocation. L'assemblée ne peut délibérer sur une question qui n'est pas inscrite à l'ordre du jour. L'ordre du jour de l'assemblée ne peut être modifié sur deuxième convocation.

Article R931-3-44

Tout membre de l'assemblée générale peut voter par procuration ou par correspondance. Les dispositions contraires des statuts sont réputées non écrites.

Article R931-3-45

Les délibérations prises en violation des articles R. 931-3-41, R. 931-3-42, quatrième alinéa, et R. 931-3-43 sont nulles.

Paragraphe 7 : Système de gouvernance applicable aux institutions de prévoyance et unions relevant du régime dit “ solvabilité II ”

Article R931-3-45-1

L'exigence de compétence mentionnée au VII de l'article L. 931-7 s'apprécie conformément à l'article 258 du règlement délégué (UE) n° 2015/35 de la Commission du 10 octobre 2014, sans préjudice de l'article R. 931-3-10-1 du présent code.

Article R931-3-45-2

Les dispositions du chapitre IV du titre V du livre III du code des assurances sont applicables aux institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-6.

Article R931-3-45-3

Le directeur général et le ou les directeurs généraux délégués dirigent effectivement l'institution de prévoyance ou l'union au sens de l'article L. 931-7-1.

Le conseil d'administration peut également, sur proposition du directeur général, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, qui ne sont pas mentionnées à l'alinéa précédent. Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de l'institution de prévoyance ou l'union, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de l'institution de prévoyance ou l'union pour exercer ce rôle, et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur l'institution de prévoyance ou l'union, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières. Sur proposition du directeur général, le conseil d'administration peut leur retirer cette fonction.

Le conseil d'administration définit les cas dans lesquels les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés de manière à garantir la continuité de la direction effective de l'institution de prévoyance ou l'union.

Paragraphe 3 : Direction générale

Article R931-3-22

La direction générale de l'institution de prévoyance ou de l'union est assumée, sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci, par une personne physique nommée par le conseil d'administration et portant le titre de directeur général.

Le conseil d'administration nomme, sur proposition du directeur général, une ou plusieurs personnes physiques chargées d'assister le directeur général, avec le titre de directeur général délégué.

Les statuts fixent le nombre maximum des directeurs généraux délégués, qui ne peut dépasser cinq.

Le conseil d'administration détermine la rémunération du directeur général et des directeurs généraux délégués et fixe les modalités de leur contrat de travail le cas échéant.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au montant des cotisations de l'institution de prévoyance ou de l'union ne peut être allouée, à quelque titre que ce soit, à un directeur général ou à un directeur général délégué.

Les dispositions précédentes ne font pas obstacle à l'institution d'un intéressement collectif des salariés de l'entreprise dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 86-1134 du 21 octobre 1986 modifiée relative à l'intéressement et à la participation des salariés aux résultats de l'entreprise et à l'actionnariat.

Article R931-3-22-1

Le directeur général est révocable à tout moment par le conseil d'administration. Il en est de même, sur proposition du directeur général, du ou des directeurs généraux délégués. Si la révocation est décidée sans juste motif, elle peut donner lieu à dommages-intérêts.

Lorsque le directeur général cesse ou est empêché d'exercer ses fonctions, le ou les directeurs généraux délégués conservent, sauf décision contraire du conseil d'administration, leurs fonctions et leurs attributions jusqu'à la nomination du nouveau directeur général.

Au cas où le directeur général ou le directeur général délégué aurait conclu avec l'institution de prévoyance ou l'union un contrat de travail, sa révocation n'a pas pour effet de résilier ce contrat.

Article R931-3-22-2

I.-Le directeur général est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom de l'institution de prévoyance ou de l'union. Il exerce ces pouvoirs dans la limite de l'objet social et sous réserve des pouvoirs expressément attribués par la loi, au conseil d'administration et, selon les cas, à la commission paritaire ou à l'assemblée générale.

Il représente l'institution de prévoyance ou l'union dans ses rapports avec les tiers. L'institution de prévoyance ou l'union est engagée même par les actes du directeur général qui ne relèvent pas de l'objet social, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances.

Les dispositions des statuts ou les décisions du conseil d'administration limitant les pouvoirs du directeur général sont inopposables aux tiers.

II.-En accord avec le directeur général, le conseil d'administration détermine l'étendue et la durée des pouvoirs conférés aux directeurs généraux délégués.

Les directeurs généraux délégués disposent, à l'égard des tiers, des mêmes pouvoirs que le directeur général.

Article R931-3-22-3

Tout candidat aux fonctions de directeur général ou de directeur général délégué d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance doit faire connaître au conseil d'administration les autres fonctions qu'il exerce à cette date afin que le conseil puisse apprécier leur compatibilité avec les fonctions de directeur général de l'institution ou de l'union.

Le directeur général ou le directeur général délégué d'une institution ou d'une union doit informer le conseil d'administration de toute autre fonction qui pourrait lui être confiée. Le conseil statue dans un délai d'un mois sur la compatibilité de ces fonctions avec celles de directeur général ou directeur général délégué de l'institution de prévoyance ou de l'union.

Article R931-3-22-4

L'exercice des fonctions de directeur général ou de directeur général délégué est soumis à une limite d'âge fixée par les statuts, qui ne peut être inférieure à l'âge prévu au 1^o de l'article L. 351-8. A défaut de disposition expresse, elle est égale à cet âge.

Toute nomination intervenue en violation des dispositions prévues à l'alinéa précédent est nulle.

Lorsqu'un directeur général ou un directeur général délégué atteint la limite d'âge, il est réputé démissionnaire d'office.

Paragraphe 4 : Conventions réglementées

Article R931-3-24

Toute convention intervenant directement ou par personne interposée entre une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance, ou toute personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, et son directeur général, l'un de ses directeurs généraux délégués, l'un de ses administrateurs ou,

le cas échéant, son entreprise participante au sens du 3° de l'article L. 356-1 du code des assurances doit être soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il en est de même des conventions auxquelles une des personnes mentionnées à l'alinéa précédent est indirectement intéressé.

Sont également soumises à autorisation préalable les conventions intervenant entre une institution de prévoyance ou une union et toute personne morale, si le directeur général, l'un des directeurs généraux délégués ou l'un des administrateurs de l'institution ou de l'union d'institutions de prévoyance est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire ou du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de la personne morale.

L'autorisation préalable du conseil d'administration est motivée en justifiant de l'intérêt de la convention pour l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance, notamment en précisant les conditions financières qui y sont attachées.

Article R931-3-25

Les dispositions de l'article R. 931-3-24 ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes et conclues à des conditions normales.

Article R931-3-26

Sans préjudice de la responsabilité de l'intéressé, les conventions visées à l'article R. 931-3-24 et conclues sans autorisation préalable du conseil d'administration peuvent être annulées si elles ont eu des conséquences dommageables pour l'institution ou l'union.

L'action en nullité se prescrit par trois ans, à compter de la date de la convention. Toutefois, si la convention a été dissimulée, le point de départ du délai de la prescription est reporté au jour où elle a été révélée.

La nullité peut être couverte par un vote de la commission paritaire ou de l'assemblée générale intervenant sur rapport spécial des commissaires aux comptes exposant les circonstances en raison desquelles la procédure d'autorisation n'a pas été suivie. Les dispositions du quatrième alinéa de l'article R. 931-3-27 sont applicables.

Article R931-3-27

L'administrateur ou le dirigeant est tenu d'informer le conseil d'administration de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article R. 931-3-24 est applicable. Le dirigeant intéressé, lorsqu'il s'agit d'un administrateur, ne peut prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

Le président du conseil d'administration ou, à défaut, le vice-président donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées dans un délai d'un mois à compter de leur conclusion. Celles-ci sont soumises à l'approbation de la commission paritaire ou de l'assemblée générale.

Les commissaires aux comptes présentent, sur ces conventions, un rapport spécial à la commission paritaire ou à l'assemblée qui statue sur ce rapport.

L'administrateur intéressé ne prend pas part au vote.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale précise les modalités d'application du présent article.

Article R931-3-28

Les conventions approuvées, comme celles qui sont désapprouvées, par la commission paritaire ou l'assemblée générale produisent leurs effets à l'égard des tiers, sauf lorsqu'elles sont annulées dans le cas de fraude.

Même en l'absence de fraude, les conséquences préjudiciables à l'institution de prévoyance ou à l'union d'institutions de prévoyance des conventions désapprouvées peuvent être mises à la charge de l'intéressé et, éventuellement, des autres membres du conseil d'administration.

Paragraphe 5 : Dispositions générales et attributions de la Commission paritaire, de l'employeur et de l'assemblée générale

Article R931-3-29

Les attributions mentionnées aux articles R. 931-3-30 et R. 931-3-31 sont, selon les cas, exercées par :

a) La commission paritaire qui, conformément aux dispositions du a et du b de l'article R. 931-1-3, a constitué l'institution ;

b) L'employeur et les intéressés pour celles figurant à l'article R. 931-3-30 et l'assemblée générale pour celles figurant à l'article R. 931-3-31 lorsque l'institution a été constituée à la suite de la ratification par les intéressés d'un projet de l'employeur conformément au b de l'article R. 931-1-3 ;

c) L'assemblée générale lorsque l'institution a été constituée conformément au c de l'article R. 931-1-3 ou lorsqu'il s'agit d'une union d'institutions de prévoyance.

Article R931-3-30

La commission paritaire, l'employeur et les intéressés ou l'assemblée générale, dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article R. 931-3-41, sont seuls habilités à se prononcer sur la modification des statuts et règlements des institutions de prévoyance et de leurs unions, le transfert de tout ou partie d'un portefeuille d'opérations, que l'institution ou l'union soit cédante ou cessionnaire, la fusion, la scission ou la dissolution de l'institution ou de l'union.

Les décisions prises par la commission paritaire ou par l'employeur et les intéressés dans le cadre de l'alinéa précédent prennent la forme d'un avenant à la convention ou à l'accord qui a constitué l'institution.

Article R931-3-31

Les décisions autres que celles mentionnées à l'article R. 931-3-30 sont prises par la commission paritaire et par l'assemblée générale dans les conditions visées au présent article.

La commission paritaire ou l'assemblée générale sont réunies au moins une fois par an, dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, sauf prolongation de ce délai, à la demande motivée du conseil d'administration, par ordonnance du tribunal de grande instance statuant sur requête.

Après lecture du rapport de gestion, le conseil d'administration présente à la commission paritaire ou à l'assemblée générale les comptes annuels de l'institution ou de l'union. Les commissaires aux comptes relatent dans leur rapport l'accomplissement de leur mission.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale précise le contenu du rapport de gestion du conseil d'administration.

La commission paritaire ou l'assemblée générale délibèrent et statuent sur toutes les questions relatives aux comptes de l'exercice écoulé. Elles exercent les pouvoirs qui leur sont attribués, notamment par les articles R. 931-3-26, troisième alinéa, et R. 931-3-27, deuxième et troisième alinéa.

Elles autorisent les emprunts pour fonds de développement ainsi que les émissions, par l'institution ou l'union, des titres et emprunts subordonnés.

Pour l'exercice des attributions prévues au présent article, la commission paritaire se prononce par voie de délibération adoptée par accord entre, d'une part, l'employeur ou la majorité des organisations syndicales d'employeurs et, d'autre part, la majorité des organisations syndicales de salariés.

Article R931-3-32

Lorsque les circonstances le justifient, les commissaires aux comptes et les liquidateurs peuvent convoquer la commission paritaire ou enjoindre à l'employeur de consulter les intéressés.

Article R931-3-33

Le conseil d'administration adresse ou met à la disposition en temps utile, selon le cas, des membres de la commission paritaire, des membres de l'assemblée générale ou de l'employeur et des intéressés les documents nécessaires pour leur permettre de se prononcer en connaissance de cause et de porter un jugement informé sur la gestion de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste de ces documents ainsi que leurs modalités d'envoi et de mise à disposition.

A compter de la communication prévue au premier alinéa du présent article, tout membre de la commission paritaire ou de l'assemblée générale a la faculté de poser par écrit des questions auxquelles le conseil d'administration est tenu de répondre au cours de la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée.

Article R931-3-34

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des documents dont tout membre adhérent ou participant de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance a le droit, à toute époque, d'obtenir communication.

Article R931-3-35

Lorsqu'une institution ou une union refuse à un membre adhérent ou à un membre participant, en totalité ou en partie, communication des documents mentionnés aux articles R. 931-3-33 et R. 931-3-34, le président du tribunal de grande instance, statuant en référé, peut, à la demande de cette personne, ordonner à l'institution ou à l'union, sous astreinte, de lui communiquer ces documents dans les conditions prévues à ces mêmes articles.

Article R931-3-36

Les décisions prises en violation des articles R. 931-3-30 et R. 931-3-31, troisième et septième alinéa, sont nulles.

Sous-section 3 : Régime prudentiel et financier

Article R931-3-46

Tout emprunt destiné à la constitution et, éventuellement, à l'alimentation du fonds de développement est autorisé conformément aux dispositions de l'article R. 931-3-31 par la commission paritaire ou l'assemblée générale se prononçant par une délibération spéciale.

Article R931-3-47

Trois mois au moins avant la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée générale, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance soumet à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution le texte du projet de délibération mentionnée à l'article R. 931-3-46. L'Autorité se prononce au vu du plan d'amélioration de l'exploitation ou du plan de développement à moyen ou long terme mentionnés à l'article R. 931-1-8. A l'expiration d'un délai de deux mois à dater du dépôt du texte de l'un ou l'autre de ces plans ainsi que du texte de la délibération, en l'absence de décision expresse de l'Autorité, l'autorisation est réputée accordée.

Article R931-3-48

La délibération mentionnée à l'article R. 931-3-46 détermine, le cas échéant, la ou les catégories de membres à laquelle ou auxquelles il est proposé de souscrire à l'emprunt.

L'institution ou l'union est tenue d'informer, au moins une fois par an, chaque membre participant ou adhérent concerné du montant et de l'échéance de sa créance au titre de l'emprunt pour fonds de développement.

Article R931-3-49

Les prospectus, affiches, circulaires, notices, annonces ou documents quelconques relatifs aux emprunts que les institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance contractent sur la base des dispositions du premier alinéa de l'article R. 931-3-48 comprennent une mention en caractères apparents indiquant de manière explicite qu'un privilège est institué au profit de leurs membres participants et bénéficiaires par l'article L. 931-22 et que le membre adhérent ou participant qui souscrit à un emprunt pour fonds de développement émis par ces institutions ou unions ne bénéficie d'aucun privilège pour les intérêts et le remboursement de l'emprunt.

Article R931-3-50

Il est porté chaque année dans les charges de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance une somme constante destinée au paiement des intérêts et au remboursement des emprunts ou à la constitution de la réserve pour amortissement des emprunts.

Article R931-3-51

Toute émission de titres participatifs ou de titres subordonnés remboursables dans les conditions prévues à l'article L. 931-12 et toute émission de certificats paritaires dans les conditions prévues à l'article L. 931-15-1 doivent être autorisées par la commission paritaire ou l'assemblée générale se prononçant par une délibération spéciale.

Trois mois au moins avant la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée générale, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance soumet à l'approbation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution le texte du projet de délibération mentionnée au premier alinéa. L'Autorité se prononce en veillant à la sauvegarde des intérêts des membres participants et bénéficiaires au vu d'un dossier comprenant une présentation détaillée des objectifs poursuivis, des caractéristiques des titres ou certificats paritaires émis, des conséquences de l'émission sur la situation financière de l'institution ou de l'union ainsi que, le cas échéant, une description précise des cas de remboursement anticipé. A l'expiration d'un délai de deux mois à dater du dépôt de ce dossier ainsi que du texte de la délibération, en l'absence de décision expresse de l'Autorité, l'autorisation est réputée accordée. En cas de décision expresse, celle-ci est communiquée à l'assemblée générale.

La délibération de la commission paritaire ou de l'assemblée générale fixe les caractéristiques essentielles de l'émission de titres participatifs et, notamment, l'assiette de la rémunération pour la partie variable. Pour les titres subordonnés, elle précise la clause de subordination et les modalités de remboursement, notamment en cas de liquidation de l'institution ou de l'union. Pour les certificats paritaires mentionnés au L. 931-15-1, elle fixe le montant maximal de l'émission, la ou les monnaies dans laquelle ou lesquelles l'émission est libellée, les modalités de remboursement et le montant des frais d'émission.

L'émission doit être réalisée en une ou plusieurs fois dans un délai de deux ans à compter de l'adoption de la délibération par la commission paritaire ou l'assemblée générale.

Le conseil d'administration rend compte à la plus prochaine commission paritaire ou assemblée générale de la mise en oeuvre de la délibération. "

La part maximale des résultats du dernier exercice clos et des précédents exercices susceptible d'être affectée annuellement à la rémunération des certificats paritaires est égale à 10 % de la somme des résultats des trois derniers exercices clos.

Toutefois, si par application de la règle ci-dessus énoncée, les certificats paritaires ne peuvent pas être rémunérés alors que le résultat du dernier exercice clos est positif, la part maximale des résultats pouvant être affectée à la rémunération des certificats est égale à 25 % du résultat du dernier exercice clos.

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, un groupement paritaire de prévoyance peut, dans la limite de 95 % du résultat du dernier exercice clos, affecter à la rémunération des certificats paritaires qu'il a émis l'intégralité de la rémunération qu'il a reçue au titre des certificats mutualistes ou paritaires souscrits auprès de ses membres.

Article R931-3-52

Les commissaires aux comptes ne peuvent être nommés administrateur, directeur général ou directeur général délégué des institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance qu'ils contrôlent

moins de cinq années après la cessation de leurs fonctions. La même interdiction est applicable aux associés, actionnaires ou dirigeants d'une société de commissaires aux comptes.

Pendant le même délai, ils ne peuvent exercer les mêmes fonctions dans les sociétés dont l'institution ou l'union possède le dixième du capital lors de la cessation des fonctions du commissaire.

Article R931-3-53

Les personnes ayant été administrateur, directeur général ou directeur général délégué ou salariés d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance ne peuvent être nommées commissaires aux comptes de cette institution ou de cette union moins de cinq années après la cessation de leurs fonctions.

Pendant le même délai, elles ne peuvent être nommées commissaires aux comptes dans les sociétés dont l'institution ou l'union possédait le dixième du capital lors de la cessation de leurs fonctions.

Les interdictions prévues au présent article pour les personnes mentionnées au premier alinéa sont applicables aux sociétés de commissaires aux comptes dont lesdites personnes sont associées, actionnaires ou dirigeantes.

Article R931-3-54

Les délibérations prises à défaut de désignation régulière de commissaires aux comptes ou sur le rapport de commissaires aux comptes nommés ou demeurés en fonction contrairement aux dispositions des articles L. 225-219 et L. 225-224 du code de commerce sont nulles. L'action en nullité est éteinte si ces délibérations sont expressément confirmées par une commission paritaire ou une assemblée générale sur le rapport de commissaires régulièrement désignés.

Article R931-3-55

En dehors des cas prévus à l'article R. 931-1-9, les commissaires aux comptes sont désignés par la commission paritaire ou l'assemblée générale dont les attributions sont prévues à l'article R. 931-3-31. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 823-1 du code de commerce sont applicables.

Article R931-3-56

Les commissaires aux comptes sont nommés pour six exercices. Leurs fonctions expirent après la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée générale qui statue sur les comptes du sixième exercice.

Le commissaire aux comptes nommé, selon le cas, par la commission paritaire ou l'assemblée générale en remplacement d'un autre ne demeure en fonction que jusqu'à l'expiration du mandat de son prédécesseur.

Si, selon les cas, la commission paritaire ou l'assemblée générale omet d'élire un commissaire, tout membre adhérent ou participant de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance peut demander au tribunal de grande instance statuant en référé la désignation d'un commissaire aux comptes, le président et le vice-président du conseil d'administration de l'institution ou de l'union dûment appelés ; le mandat ainsi conféré prend fin lorsqu'il a été pourvu par la commission paritaire ou l'assemblée générale à la nomination du ou des commissaires.

Article R931-3-57

En cas de faute ou d'empêchement, les commissaires aux comptes peuvent, à la demande du conseil d'administration ou, selon le cas, de la commission paritaire ou de l'assemblée générale, être relevés de leurs fonctions avant l'expiration normale de celles-ci par le tribunal de grande instance statuant en référé.

Lorsque, à l'expiration des fonctions d'un commissaire aux comptes, il est proposé, selon le cas, à la commission paritaire ou à l'assemblée générale de ne pas le renouveler, le commissaire aux comptes doit être, s'il le demande, entendu, selon le cas, par la commission paritaire ou par l'assemblée générale.

Article R931-3-58

Les commissaires aux comptes certifient que les comptes annuels sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance à la fin de cet exercice selon des modalités fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Ils ont pour mission permanente, à l'exclusion de toute immixtion dans la gestion, de vérifier les valeurs et les documents comptables de l'institution ou de l'union et de contrôler la conformité de sa comptabilité aux règles en vigueur. Ils vérifient également la sincérité et la concordance avec les comptes annuels des informations données dans le rapport de gestion du conseil d'administration et dans les documents adressés aux membres de la commission paritaire ou aux membres de l'assemblée générale sur la situation financière et les comptes annuels.

Les premier, deuxième et dernier alinéas de l'article L. 823-13 du code de commerce s'appliquent aux institutions de prévoyance et aux unions d'institutions de prévoyance.

Article R931-3-59

Lorsque le commissaire aux comptes d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance relève, à l'occasion de l'exercice de sa mission, des faits de nature à compromettre la continuité

de l'exploitation, il en informe le président et le vice-président du conseil d'administration dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

A défaut de réponse sous quinze jours ou si celle-ci ne permet pas d'être assuré de la continuité de l'exploitation, le commissaire aux comptes invite par écrit le président ou le vice-président du conseil d'administration à faire délibérer le conseil d'administration sur les faits relevés. Le commissaire aux comptes est convoqué à cette séance. La délibération du conseil d'administration est communiquée au comité d'entreprise. Le commissaire aux comptes en informe le président du tribunal de grande instance du siège social de l'institution ou de l'union.

En cas d'inobservation de ces dispositions ou s'il constate qu'en dépit des décisions prises la continuité de l'exploitation demeure compromise, le commissaire aux comptes établit un rapport spécial qui est présenté à la prochaine commission paritaire ou assemblée générale. Ce rapport est communiqué au comité d'entreprise.

Si, à l'issue de la réunion de la commission paritaire ou de celle de l'assemblée générale, le commissaire aux comptes constate que les décisions prises ne permettent pas d'assurer la continuité de l'exploitation, il informe de ses démarches le président du tribunal de grande instance et lui en communique les résultats.

Article R931-3-60

Lorsque le comité d'entreprise ou, s'il n'est pas constitué, les délégués du personnel ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante la situation économique de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance, ils peuvent demander au directeur général, dans les conditions définies aux articles L. 2313-14, L. 2323-78 à L. 2323-82 du code du travail, de leur fournir des explications.

Le directeur général est tenu d'en informer le président et le vice-président.

Si le comité d'entreprise ou, à défaut, les délégués du personnel n'ont pu obtenir de réponse suffisante du directeur général ou si celle-ci confirme le caractère préoccupant de la situation, ils établissent un rapport.

Le rapport est transmis au directeur général et au commissaire aux comptes. Le directeur général est tenu de le remettre au président et au vice-président.

Article R931-3-61

Les commissaires aux comptes sont convoqués à la réunion du conseil d'administration, qui arrête les comptes de l'exercice écoulé, ainsi qu'aux commissions paritaires ou aux assemblées générales.

Article R931-3-62

Les honoraires des commissaires aux comptes sont à la charge de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance. Le montant des honoraires est fixé d'un commun accord entre le commissaire aux comptes et l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance, eu égard à l'importance effective du travail nécessaire à l'accomplissement de la mission légale de contrôle.

Le président du tribunal de grande instance du lieu du siège social de l'institution ou de l'union, statuant en référé, est compétent pour connaître de tout litige tenant à la fixation du montant des honoraires des commissaires aux comptes.

Article R931-3-63

Les commissaires aux comptes signalent à la plus proche commission paritaire ou assemblée générale les irrégularités ou inexactitudes relevées par eux au cours de l'accomplissement de leur mission.

En outre, ils révèlent au procureur de la République les faits délictueux dont ils ont eu connaissance, sans que leur responsabilité puisse être engagée par cette révélation.

Sous réserve des dispositions des alinéas précédents, les commissaires aux comptes ainsi que leurs collaborateurs et experts sont astreints au secret professionnel pour les faits, actes et renseignements dont ils ont pu avoir connaissance à raison de leurs fonctions.

Article R931-3-64

Les commissaires aux comptes sont responsables, tant à l'égard de l'institution ou de l'union que des tiers, des conséquences dommageables des fautes et négligences par eux commises dans l'exercice de leurs fonctions. Toutefois, leur responsabilité ne peut pas être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution de leur mission définie à l'article R. 931-3-59.

Ils ne sont pas civilement responsables des infractions commises par les administrateurs, le directeur général ou le ou les directeurs généraux délégués des institutions de prévoyance et des unions d'institutions de prévoyance sauf si, en ayant eu connaissance, ils ne les ont pas révélées dans leur rapport à la commission paritaire ou à l'assemblée générale.

Section 4 : Transfert de portefeuille - Fusion et scission

Sous-section 1 : Transfert de portefeuille

Article R931-4-1

Les actifs transférés avec un portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats relevant du a de l'article L. 931-1 par une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance sont affectés à une section comptable distincte du bilan de l'institution ou de l'union cessionnaire des bulletins d'adhésion ou contrats.

Pour le calcul de la participation aux excédents afférents à ces actifs prévue à l'article L. 932-23-3, il n'est pas tenu compte de l'importance respective des fonds propres et des engagements pris envers les membres participants, les bénéficiaires et ayants droit figurant au bilan de l'institution ou de l'union.

Sous-section 2 : Fusion et scission

Article R931-4-3

Lorsque les opérations de fusion ou de scission ne comportent pas de transfert de portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats, les institutions ou unions participantes adressent à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution une demande d'approbation de la fusion ou de la scission décidée selon l'une des formes prévues à l'article R. 931-3-30 accompagnée de tous documents utiles exposant les buts et les modalités de l'opération.

A réception de la demande, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dispose d'un mois pour se prononcer sur l'opération. Elle n'approuve celle-ci que s'il lui apparaît qu'elle est conforme à l'intérêt des membres adhérents, participants, bénéficiaires et ayants droit ou des créanciers ou qu'elle n'a pas pour conséquence de diminuer la valeur de réalisation des placements correspondant à des engagements pris envers les membres adhérents, participants, bénéficiaires ou ayants droit déterminée conformément aux dispositions de l'article L. 931-32.

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution demande des documents complémentaires nécessaires à l'appréciation de l'opération, le délai d'un mois mentionné à l'alinéa précédent court à partir de la date de production des documents demandés.

Article R931-4-4

La fusion ou la scission prend effet à la date de publication au Journal officiel de la décision de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution approuvant l'opération, sauf si la décision prévoit que l'opération prend effet à une autre date, laquelle ne doit être ni postérieure à la date de clôture de l'exercice en cours de la ou des institutions ou unions bénéficiaires ni antérieure à la date de clôture du dernier exercice clos de la ou des institutions ou unions qui transmettent leur patrimoine.

Article R931-4-5

Le conseil d'administration de chacune des institutions de prévoyance ou unions d'institutions de prévoyance qui participent à une fusion ou une scission établit un projet de fusion ou de scission dont le contenu est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ce projet est déposé au greffe du tribunal de grande

instance du siège desdites institutions ou unions et fait l'objet d'une publicité dont les modalités sont fixées par le même arrêté.

Article R931-4-6

Le conseil d'administration de chaque institution de prévoyance ou union d'institutions de prévoyance participant à l'opération établit un rapport écrit qu'il adresse ou met à la disposition, selon le cas, des membres de la commission paritaire, des membres de l'assemblée générale ou de l'employeur et des intéressés, dont le contenu est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Section 5 : Redressement, mesure de sauvegarde et d'assainissement, dissolution et liquidation

Article R931-5-1

Hormis les cas de fusion et de scission, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance est en liquidation dès l'instant de sa dissolution pour quelque cause que ce soit. Sa dénomination sociale est suivie de la mention : " institution de prévoyance en liquidation " ou " union d'institutions de prévoyance en liquidation ". Cette mention ainsi que, le cas échéant, le nom du ou des liquidateurs ou du mandataire de justice figurent sur tous les actes émanant de l'institution ou de l'union et destinés aux tiers.

La personnalité morale de l'institution ou de l'union subsiste pour les besoins de la liquidation jusqu'à la clôture de celle-ci.

Article R931-5-2

La dissolution anticipée d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance est prononcée selon les formes prévues au premier alinéa de l'article R. 931-3-30.

Article R931-5-3

L'avenant à la convention ou à l'accord collectif, l'avenant à l'accord ratifié par la majorité des intéressés ou le procès-verbal de la délibération de l'assemblée générale sont transmis dans un délai de huit jours à compter du prononcé de la dissolution de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, qui intervient dans les conditions prévues à l'article R. 931-6-4.

Article R931-5-4

Le chapitre V du titre II du livre III du code des assurances est applicable aux institutions de prévoyance et unions mentionnées aux articles L. 931-4 et L. 931-4-1.

Pour l'application de l'alinéa précédent, il y a lieu d'entendre : " institution de prévoyance ou union " là où est mentionné dans le code des assurances : " entreprise ".

Article R931-5-5

Lorsqu'une procédure de liquidation est ouverte en application de l'article L. 931-18, le liquidateur informe sans délai et individuellement par une note écrite chaque créancier connu qui a sa résidence habituelle, son domicile ou son siège social dans un Etat membre autre que la France.

Le contenu et le format de la note sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 8 : Privilèges

Article R931-8-1

Le montant de la créance garantie par le privilège ou l'hypothèque légale mentionnée au premier alinéa de l'article L. 931-24 est égal au montant de la provision mathématique diminuée, s'il y a lieu, des avances sur bulletins d'adhésion ou contrats, y compris les intérêts, et augmentée, le cas échéant, du montant du compte de participation aux excédents, ouvert au nom de l'adhérent lorsqu'il s'agit d'opérations collectives mentionnées à l'article L. 932-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 932-14 ou au nom du participant lorsqu'il s'agit d'opérations individuelles mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 932-14, lorsque ces participations aux excédents ne sont pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produites.

Article R931-8-2

Le montant de la créance garantie par le privilège ou l'hypothèque légale mentionnés respectivement aux articles L. 931-22 et L. 931-23 pour les opérations mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 931-24 est arrêté à un montant égal à la différence entre le montant des provisions techniques qui figurent au dernier passif du bilan du cessionnaire au titre de ses acceptations et le montant de toutes créances nettes dudit cessionnaire sur le cédant, telles qu'elles figurent au même bilan au titre des acceptations.

Section 9 : Sanctions

Article R931-9-1

Est puni de la peine d'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe le fait pour tout dirigeant d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance :

1° De méconnaître les obligations ou interdictions résultant des articles R. 931-1-2 (dernier alinéa), R. 931-3-19 (troisième alinéa), R. 931-5-1-7 (dernier alinéa), R. 331-1 du code des assurances, R. 332-1 du code des assurances, R. 332-16 du code des assurances ;

2° De ne pas produire un programme de rétablissement, un plan de sauvegarde ou de redressement ou un plan de financement à court terme prescrit conformément aux dispositions de l'article R. 335-1 du code des assurances, ou de ne pas exécuter dans les conditions et délais prévus le plan qui a été approuvé ;

3° De ne pas respecter les obligations qui lui incombent en matière de tenue de la comptabilité, enregistrement des opérations, conservation des pièces comptables et présentation des comptes annuels.

Pour l'application des pénalités édictées au présent titre, sont considérés comme dirigeants d'institutions de prévoyance ou d'unions d'institutions de prévoyance : les membres du conseil d'administration, le directeur général, le ou les directeurs généraux délégués, les directeurs et tout dirigeant de fait d'une institution ou d'une union.

Section 11 : Comptes et états statistiques

Article R931-11-1

Les dispositions du titre IV du Livre III du code des assurances, à l'exception du chapitre IV, s'appliquent aux institutions de prévoyance et aux unions d'institutions de prévoyance.

Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre : " participation aux excédents " là où est mentionné dans le code des assurances : " participation aux bénéfices ", " cotisations " là où est mentionné : " primes ", " prestations à payer " là où est mentionné : " sinistres à payer ", institutions de prévoyance et unions " là où est mentionné : " entreprises d'assurance ", " bulletin d'adhésion à un règlement ou contrat collectif " là où est mentionné : " contrat ", " membres participants " là où est mentionné : " assurés ", " opérations " là où est mentionné : " contrats ", " les institutions de prévoyance et unions régies par le titre 3 du livre 9 du code de la sécurité sociale " là où est mentionné : " les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 ou au 1° du III de l'article L. 310-1-1 ", " contrats collectifs " là où est mentionné : " opérations d'assurance de groupe ", " les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale " là où est mentionné : " les opérations mentionnées au 1° de l'article L. 310-1 ", " les opérations mentionnées aux a et b de l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale " là où est mentionné : " les opérations mentionnées au 1° et au 2° de l'article L. 310-1 ", " cotisation " là où est mentionné : " prime ", " l'institution de prévoyance ou l'union " là où est mentionné : " l'assureur ".

Article R931-11-9

I.-La quote-part mentionnée à l'article L. 931-32 est un pourcentage de la valeur de l'ensemble des placements appartenant à l'institution de prévoyance ou l'union et de ceux des autres actifs affectables à la représentation des engagements réglementés, évalués conformément aux dispositions de l'article R. 343-11 du code des assurances. Pour les institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-6, les autres actifs comprennent les créances sur les membres participants, sur les réassureurs ainsi que les frais d'acquisition reportés.

Ce pourcentage est au moins égal au résultat obtenu en divisant par cette valeur la somme des montants suivants :

- a) Actifs correspondant aux opérations relevant de l'article L. 932-24, évalués conformément à l'article R. 343-11 du code des assurances ;
- b) Placements affectés à la représentation des opérations en unités de compte dans lesquels la somme assurée est déterminée par rapport à une valeur de référence et évalués comme il est dit au dernier alinéa de l'article R. 332-5 du code des assurances ;
- c) Actifs transférés avec un portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats, évalués comme il est dit à l'article R. 343-11 du code des assurances ;
- d) Montant des provisions techniques brutes de réassurance constituées au titre des opérations pratiquées par l'institution de prévoyance ou l'union pour les branches 20 à 22 et 24 à 26 de l'article R. 931-2-1 autres que celles qui sont mentionnées aux a et b et diminué du montant des actifs mentionnés au c, évalués conformément aux articles R. 343-9 et R. 343-10 du code des assurances ;
- e) Un pourcentage, défini au II du présent article, de la différence entre d'une part la valeur, d'une part, évaluée conformément à l'article R. 343-11 du code des assurances, d'autre part, celle évaluée conformément aux articles R. 343-9 et R. 343-10 du code des assurances, de l'ensemble des placements appartenant à l'institution de prévoyance ou à l'union et de ceux des autres actifs affectables à la représentation des engagements réglementés autres que ceux mentionnés aux a, b et c ci-dessus. Pour les institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-6, les autres actifs comprennent les créances sur les membres participants, sur les réassureurs ainsi que les frais d'acquisition reportés.

II.-Le pourcentage mentionné au e du I du présent article est égal à 85 % du quotient A/ B, avec :

A.-Montant moyen des provisions techniques brutes de réassurance constituées au titre de l'ensemble des opérations pratiquées par l'institution de prévoyance ou l'union autres que celles qui sont mentionnées aux a et b du I du présent article ou qui sont relatives à des opérations collectives en cas de décès ou, pour les institutions de prévoyance ou unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1, à des opérations relevant des branches 1 ou 2 de l'article R. 931-2-1, et diminué du montant moyen des actifs mentionnés en c du I du présent article, évalués conformément aux articles R. 343-9 et R. 343-10 du code des assurances ;

B.-Montant moyen de l'ensemble des placements appartenant à l'institution de prévoyance ou l'union et de ceux des autres actifs affectables à la représentation des engagements réglementés, autres que ceux qui sont mentionnés aux a, b et c du I ci-dessus, évalués conformément aux articles R. 343-9 et R. 343-10 du code des assurances. Pour les institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L. 931-6, les autres actifs comprennent les créances sur les membres participants, sur les réassureurs ainsi que les frais d'acquisition reportés.

Les montants moyens mentionnés à l'alinéa précédent sont obtenus en divisant par deux la somme des montants inscrits dans les comptes à l'ouverture et à la clôture de l'exercice.

III.-Les placements, actifs et provisions mentionnés au présent article ne comprennent pas ceux qui sont constitués par l'institution de prévoyance ou l'union dans le cadre des opérations effectuées par ses succursales situées à l'étranger.

IV.-En cas de transfert de portefeuille, la valeur des actifs transférés ne peut excéder celle qui résulte de leur évaluation conformément aux dispositions de l'article R. 343-11 du code des assurances.

Section 12 : Fonds paritaire de garantie.

Article R931-12-1

Le fonds paritaire de garantie institué par l'article L. 931-35 ne peut refuser l'adhésion d'une institution de prévoyance ou union mentionnée au même article, agréée dans les conditions prévues aux articles L. 931-4 et L. 931-4-1.

L'adhésion au fonds ne prend fin qu'en cas de retrait, de cessation ou de caducité de l'agrément.

Article R931-12-2

Les membres adhérents, les membres participants, leurs ayants droit et les bénéficiaires de prestations relevant de toutes les branches définies à l'article R. 931-2-1 souscrits auprès d'institutions de prévoyance ou unions adhérentes bénéficient du fonds paritaire de garantie.

Il est interdit d'utiliser à des fins publicitaires le fait que des bulletins d'adhésion à des règlements ou des contrats sont couverts par le mécanisme de garantie institué à l'article L. 931-35.

Article R931-12-3

Le collège institué à l'article L. 951-36-1 est composé du directeur de la sécurité sociale, des président et vice-président du conseil d'administration du fonds paritaire de garantie, ou de leurs représentants, et de deux membres de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution mentionnée à l'article L. 951-1.

Article R931-12-4

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut retenir un taux de réduction différent par ensemble de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats présentant les mêmes caractéristiques. Tous les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats d'un même ensemble ont le même taux de réduction.

Si l'Autorité prudentiel et de résolution décide le transfert de tout ou partie des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats à un ou plusieurs organismes assureurs, elle fait procéder, aux frais de l'institution de prévoyance ou de l'union défaillante, à l'évaluation des actifs de cette dernière, afin de procéder à leur attribution. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution notifie à chaque organisme cessionnaire la liste des actifs accompagnant le transfert de portefeuille.

Si l'Autorité prudentiel et de résolution estime que les taux de réduction proposés sont excessifs, elle peut, sur le fondement de l'évaluation mentionnée à l'alinéa précédent, demander aux organismes ayant répondu à l'appel d'offres d'améliorer leur offre dans un délai qu'elle fixe. En l'absence de réponse satisfaisante, elle peut rejeter leur candidature.

Si l'institution de prévoyance ou l'union défaillante pratiquait les opérations relevant de l'article L. 932-24 du présent code, les actifs affectés à ces opérations sont attribués aux cessionnaires des engagements correspondants.

Article R931-12-5

L'organisme cessionnaire présente au fonds paritaire de garantie la demande de versement prévue au premier alinéa de l'article L. 931-36-2 dont il calcule le montant sur la base des engagements arrêtés à la date de publication au Journal officiel du transfert de portefeuille et des actifs accompagnant ce transfert. Dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de cette demande, le fonds, après avoir vérifié que les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats sont couverts par la garantie et contrôlé le montant garanti par bulletin d'adhésion à un règlement ou par contrat, notifie à l'organisme cessionnaire le montant de la somme qui lui est due et qu'il lui verse en une seule fois.

A titre exceptionnel, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut, sur la demande du fonds paritaire de garantie, lui accorder une prolongation, qui ne saurait être supérieure à trois mois, du délai prévu à l'alinéa précédent.

Les sommes dues par le fonds paritaire de garantie et non versées portent intérêt aux taux éventuellement prévus dans les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats transférés à compter de la date d'expiration du délai imparti au fonds pour en effectuer le versement. Pour les membres adhérents, membres participants, ayants droit et bénéficiaires qui, en vertu des clauses du règlement auquel ils ont adhéré ou du contrat qu'ils ont souscrit, ont un droit sur la provision mathématique du bulletin d'adhésion au règlement ou du contrat, l'organisme cessionnaire informe chaque membre adhérent, membre participant, ayants droit ou bénéficiaires de prestations, du montant de la reconstitution, effectuée par le fonds, de la provision attachée à son bulletin d'adhésion ou son contrat. Pour les autres opérations, l'organisme cessionnaire informe les bénéficiaires de prestations à la date d'intervention du fonds paritaire de garantie du montant de la reconstitution, effectuée par le fonds, des prestations auxquelles ils ont droit.

Le cas échéant, le fonds paritaire de garantie dispose d'un délai de deux mois à compter de la date de versement prévue au présent article pour présenter à l'organisme cessionnaire une demande de reversement.

Article R931-12-6

Le liquidateur demande au fonds paritaire de garantie le versement prévu au deuxième alinéa de l'article L. 931-36-2, qu'il calcule sur la base des engagements arrêtés à la date de cessation des effets des bulletins d'adhésion à un règlement ou des contrats, déterminée dans les conditions prévues aux articles L. 326-12 et L. 326-13 du code des assurances. Dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de cette demande, le fonds, après avoir vérifié que les bulletins d'adhésion à un règlement ou les contrats sont couverts par la garantie et contrôlé le montant garanti par bulletins d'adhésion à un règlement ou par contrat, procède à un versement en une seule fois au profit de chaque membre adhérent, membre participant, ayants droit ou bénéficiaires de prestations contre la remise par celui-ci d'un récépissé du versement.

A titre exceptionnel, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut, sur la demande du fonds paritaire de garantie, lui accorder une prolongation, qui ne saurait être supérieure à trois mois, du délai prévu à l'alinéa précédent.

Le fonds met en oeuvre la garantie, selon la même procédure, si le liquidateur présente une demande complémentaire de versement en apportant la preuve que des membres adhérents, membres participants, ayants droit ou bénéficiaires de prestations concernés n'ont pas été en mesure de présenter à temps les bulletins d'adhésion à un règlement ou contrats susceptibles de bénéficier de la garantie.

Les sommes dues par le fonds paritaire de garantie et non versées portent intérêt au taux légal, à compter de la date d'expiration du délai imparti au fonds pour en effectuer le versement.

Le cas échéant, le fonds paritaire de garantie dispose d'un délai de deux mois à compter de la date de versement des prestations pour présenter au membre adhérent, membre participant, ayant droit ou bénéficiaire de prestations concerné une demande de reversement.

Article R931-12-7

Dès la notification prévue au I de l'article L. 951-36-1, l'institution de prévoyance ou l'union défailante informe chaque membre adhérent, membre participant, ayant droit ou bénéficiaire de prestations de la procédure en cours.

Les formalités à remplir par l'organisme cessionnaire du portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats pour bénéficier du versement par le fonds prévu au premier alinéa de l'article L. 931-36-2 sont précisées par le règlement du fonds paritaire de garantie. Celles qui devront être accomplies par le liquidateur en vue de permettre le versement prévu au deuxième alinéa du même article aux membres adhérents, membres participants, leurs ayants droit ou bénéficiaires de prestations sont également précisées par ce même règlement.

Article R931-12-8

Le membre adhérent, le membre participant, l'ayant droit, le bénéficiaire de prestations ou l'organisme cessionnaire qui conteste une décision du fonds paritaire de garantie saisit la juridiction compétente du lieu de son domicile ou de son siège social.

Article R931-12-9

Le règlement du fonds paritaire de garantie fixe les conditions de fonctionnement du fonds, de versement des sommes dues aux membres adhérents, membres participants, ayants droit ou bénéficiaires, ou aux organismes cessionnaires ainsi que les règles relatives à la tenue de la comptabilité du fonds.

Article R931-12-10

Les décisions du fonds paritaire de garantie sont communiquées au ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R931-12-11

Sous réserve des dispositions de l'article R. 931-12-13, le fonds doit disposer en permanence d'un montant global de ressources égal à 0,05 % du total des provisions mathématiques constatées au 31 décembre de l'année précédente pour l'ensemble des institutions de prévoyance et unions mentionnées à l'article L.

931-35. Le montant global est constitué par les institutions de prévoyance et unions adhérentes, après déduction des ressources propres du fonds qui comprennent les produits financiers, pour moitié par des cotisations versées au fonds et pour moitié par des cotisations non versées prenant la forme de réserves pour fonds de garantie.

Le fonds paritaire de garantie notifie à chaque institution de prévoyance ou union adhérente le montant de sa cotisation annuelle qui correspond à sa quote-part du montant global prévu au premier alinéa.

Cette quote-part est égale au pourcentage que représentent ses provisions techniques constatées au 31 décembre de l'année précédente, après un abattement des trois quarts pour les provisions des contrats en unités de compte, dans les provisions techniques de l'ensemble des institutions de prévoyance et unions adhérentes calculées avec le même abattement.

Si le montant de sa cotisation de l'année est supérieur à celui de l'année précédente, chaque institution de prévoyance ou union procède en une seule fois au versement au fonds et à la dotation à la réserve pour un montant égal à cette différence. Lorsque cette différence est négative, elle donne lieu, la même année, pour moitié à sa restitution par le fonds à l'institution de prévoyance ou union concernée et pour moitié à une reprise par l'institution de prévoyance ou union sur la réserve pour fonds de garantie.

Le fonds paritaire de garantie informe l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution de tout retard de versement de plus de deux mois ou de tout refus de versement d'une institution de prévoyance ou union, afin que l'Autorité mette en oeuvre, le cas échéant, les procédures de sanctions prévues à l'article L. 612-39 du code monétaire et financier. L'Autorité peut également engager une procédure de sanction si elle constate que l'institution de prévoyance ou l'union n'a pas doté la réserve pour fonds de garantie du montant prévu.

Les cotisations versées au fonds paritaire de garantie par les institutions de prévoyance ou unions dont l'adhésion au fonds a pris fin ne peuvent faire l'objet d'un reversement par celui-ci.

Article R931-12-12

Si le fonds paritaire de garantie intervient dans les conditions prévues à l'article L. 951-15, il utilise par priorité ses ressources disponibles, avant d'appeler, en tant que de besoin, les réserves pour fonds de garantie prévues à l'article R. 931-12-11.

Si la mise en jeu de la garantie du fonds excède le montant global prévu au premier alinéa de l'article R. 931-12-11, le fonds emprunte les sommes nécessaires à la préservation des droits des membres adhérents, membres participants, de leurs ayants droit ou bénéficiaires de prestations, dans la limite d'une fois ce montant global.

Article R931-12-13

En cas d'intervention du fonds paritaire de garantie dans les conditions prévues à l'article L. 931-36-2, les institutions de prévoyance ou unions reconstituent, au cours des trois années suivantes, le montant des sommes versées par le fonds par un versement complémentaire au fonds égal, pour chacune de ces trois années, au tiers des ressources disponibles utilisées par le fonds et, le cas échéant, par une dotation complémentaire de leur réserve pour fonds de garantie égale, pour chacune des trois années, au tiers du montant de cette réserve appelé par le fonds.

Article R931-12-15

Le règlement du fonds paritaire de garantie des assurés détermine les conditions dans lesquelles celui-ci emprunte auprès de ses adhérents.

Chaque emprunt doit être remboursé dans un délai maximal de six ans à compter de la date de sa souscription.

Article R931-12-16

Une provision est constituée dans la comptabilité du fonds paritaire de garantie pour enregistrer les cotisations versées par les institutions de prévoyance ou unions adhérentes, les produits financiers générés par ces cotisations, et toutes autres ressources du fonds, sous déduction de ses frais de gestion.

Le montant de cette provision est investi dans :

1° Des valeurs cotées sur un marché réglementé d'instruments financiers d'un Etat membre de l'Union européenne, à l'exclusion des valeurs émises par une institution de prévoyance ou union adhérente au fonds paritaire de garantie ;

2° Des valeurs émises ou garanties par un Etat membre de l'Union européenne ;

3° Des liquidités ;

4° Des actions de sociétés d'investissement à capital variable et des parts de fonds communs de placement détenant exclusivement des actifs relevant des 1°, 2° et 3° sans que soient prohibées les valeurs émises par des institutions ou unions adhérentes au fonds de garantie dès lors que le montant total de ces valeurs n'excède pas 15 % de la valeur d'actif de chacun des instruments financiers de gestion collective, visés ci-dessus.

Les placements sont comptabilisés au prix d'achat et les moins-values provisionnées ligne par ligne.

La provision ne peut être investie à hauteur de plus de 5 % dans des valeurs émises par un même organisme, à l'exception des valeurs émises ou garanties par un Etat membre de l'Union européenne.

Les liquidités doivent représenter à tout instant au moins 20 % des actifs du fonds.

Les valeurs et liquidités du fonds de garantie sont déposées auprès d'établissements de crédit ou d'entreprises d'investissement régulièrement habilités par un Etat membre de l'Union européenne. Aucun de ces établissements ou entreprises ne peut détenir plus de 25 % du montant de la provision.

La comptabilité du fonds doit permettre de distinguer le montant des cotisations versées par les institutions de prévoyance ou unions adhérentes, le montant cumulé des produits financiers des cotisations et les autres ressources du fonds.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions

Chapitre II : Opérations des institutions de prévoyance

Section 1 : Dispositions relatives aux opérations collectives à adhésion obligatoire.

Article R932-1-1

Les règlements et les bulletins d'adhésion des institutions de prévoyance ou de leurs unions ainsi que leurs contrats sont rédigés par écrit, en français et en caractères apparents. Ces documents décrivent, de manière claire et précise, les droits et obligations de l'adhérent, du participant et de l'institution de prévoyance ou de l'union et comportent notamment :

- a) La dénomination sociale de l'institution ou de l'union ;
- b) Les nom et adresse de l'adhérent ;
- c) La ou les catégories de personnes couvertes ;
- d) La nature et le contenu des engagements pris ou des risques couverts ;
- e) Le moment à partir duquel le ou les engagements sont pris ou le ou les risques sont couverts, ainsi que la durée de ces engagements ou de la couverture de ces risques ;
- f) Le montant ou le taux et l'assiette de la cotisation ;
- g) Les clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ;
- h) La durée de l'adhésion ou du contrat, celle de la tacite reconduction, ainsi que les conditions de celle-ci ;
- i) Les cas et conditions de prorogation ou de résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat ainsi que ceux de cessation de ses effets ;

- j) Les obligations de l'adhérent lors de l'adhésion au règlement ou de la souscription du contrat et au cours de l'adhésion ou du contrat en ce qui concerne notamment la déclaration de nouveaux participants ;
- k) Les obligations du participant, lors de son affiliation et, éventuellement, au cours de la durée de l'adhésion ou du contrat en ce qui concerne notamment la déclaration du risque ;
- l) Les conditions et les modalités de la déclaration à effectuer auprès de l'institution ou de l'union en cas de sinistre ;
- m) Le délai dans lequel l'institution ou l'union paye les prestations ou les indemnités aux participants, aux bénéficiaires ou aux ayants droit de ceux-ci ;
- n) Les conditions dans lesquelles l'adhérent et le participant peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations relatives au règlement et au bulletin d'adhésion ou au contrat et recourir à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre V du livre Ier du code de la consommation ;
- o) L'adresse du siège social de l'institution ou de l'union et, le cas échéant, de la succursale qui se propose d'accorder la garantie ainsi que les Etats dans lesquels ils sont établis ;
- p) Le nom et l'adresse des autorités chargées du contrôle de l'institution ou de l'union qui accorde la garantie ;
- q) La loi applicable lorsque ce n'est pas la loi française.

Le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat doivent rappeler les dispositions du présent chapitre relatives à la prescription des actions des opérations mises en oeuvre par les institutions de prévoyance ou leurs unions.

Article R932-1-2

La remise des documents mentionnés aux trois premiers alinéas de l'article L. 932-3 est constatée par une mention signée et datée par l'adhérent par laquelle celui-ci reconnaît avoir reçu au préalable ces documents.

Article R932-1-3

Lorsqu'une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance fait l'objet d'une désignation conformément aux dispositions des articles L. 912-1 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 et L. 912-2, elle adresse aux entreprises concernées le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat.

En cas de modification d'un règlement ou d'un contrat relatif à une ou plusieurs des garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2, l'institution ou l'union notifie à chaque adhérent un avenant constatant les modifications apportées au règlement ou au contrat.

Article R932-1-4

Les clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties sont mentionnées dans la notice d'information prévue à l'article L. 932-6 en caractères très apparents.

Article R932-1-5

Lorsque la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie prévue au premier alinéa de l'article L. 932-9, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mise en demeure prévue au deuxième alinéa de l'article L. 932-9 résulte de l'envoi d'une lettre recommandée adressée par l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance à l'adhérent.

Article R932-1-6

La résiliation d'une adhésion à un règlement ou d'un contrat souscrit auprès d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance s'effectue par l'envoi à celle-ci d'une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance. La résiliation par l'institution ou l'union d'institutions s'effectue dans les mêmes conditions. Le cachet de la poste fait foi du respect du délai de préavis.

Article R932-1-7

Lorsque la convention ou l'accord collectif qui déterminent la ou les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2 organisent l'examen annuel, par la commission paritaire, des résultats techniques et financiers et, le cas échéant, d'action sociale du règlement ou du contrat souscrit auprès d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance, celle-ci fournit et présente à ladite commission les comptes du règlement ou du contrat ainsi que le rapport prévu aux articles 3 et 4 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Section 2 : Dispositions relatives aux opérations collectives à adhésion facultative et aux opérations individuelles.

Article R932-2-1

I. - Les dispositions des articles R. 932-1-1 à R. 932-1-6 s'appliquent aux opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance et de leurs unions visées au deuxième alinéa de l'article L. 932-14. Les dispositions de l'article R. 932-1-5 s'appliquent dans le cas prévu au I de l'article L. 932-22. Les dispositions du même article s'appliquent dans le cas prévu au II de l'article L. 932-22 sous réserve de substituer au terme adhérent le terme participant.

II. - Les dispositions de l'article R. 932-1-1 s'appliquent aux opérations individuelles des institutions de prévoyance et de leurs unions visées au troisième alinéa de l'article L. 932-14 à l'exception des b, c et j du premier alinéa dudit article. Pour ces dernières opérations, le bulletin d'adhésion ou le contrat contiennent en outre les nom et adresse du participant et l'indication de la ou des personnes couvertes et comportent en caractères très apparents les clauses mentionnées au g du premier alinéa de l'article R. 932-1-1. Les dispositions des articles R. 932-1-2 et R. 932-1-4 à R. 932-1-6 s'appliquent également sous réserve de substituer au terme adhérent le terme participant.

III. - Le règlement et le bulletin d'adhésion ou le contrat doivent rappeler les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 932-17 relatives à la règle proportionnelle lorsque celle-ci est applicable.

Article R932-2-2

I. - En ce qui concerne les opérations collectives à adhésion facultative des institutions de prévoyance et de leurs unions, la notice d'information prévue à l'article L. 932-6 comprend obligatoirement une mention relative aux conditions d'exercice, par le participant, de la faculté de renonciation prévue à l'article L. 932-15. Lorsque le règlement ou le contrat comporte une garantie décès, la notice d'information précise le sort de celle-ci en cas d'exercice de la faculté de renonciation avant l'expiration du délai mentionné à l'article L. 932-15.

Le défaut de remise de la notice d'information ou l'absence de la mention prévue à l'alinéa précédent entraînent de plein droit la prorogation du délai de trente jours prévu au premier alinéa de l'article L. 932-15 jusqu'au trentième jour suivant la date de la remise effective de la notice complète.

II. - En ce qui concerne les opérations individuelles des institutions de prévoyance et de leurs unions, la proposition de bulletin d'adhésion à un règlement ou de contrat comprend un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice, par le participant, de la faculté de renonciation prévue à l'article L. 932-15. La proposition doit indiquer, notamment, pour les bulletins d'adhésion ou contrats qui en comportent, les valeurs de rachat au terme des huit premières années au moins. L'institution ou l'union doit, en outre, remettre contre récépissé une notice d'information sur les dispositions essentielles du bulletin d'adhésion ou du contrat, sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation. Lorsque le règlement ou le contrat comporte une garantie décès, la notice d'information précise le sort de celle-ci en cas d'exercice de la faculté de renonciation avant l'expiration du délai mentionné à l'article L. 932-15.

Le défaut de remise des documents ou l'absence des informations prévus à l'alinéa précédent entraînent de plein droit la prorogation du délai de trente jours prévu au premier alinéa de l'article L. 932-15 jusqu'au trentième jour suivant la date de la remise effective de la notice complète.

Article R932-2-3

Pour l'application de l'article L. 932-15-1, l'institution de prévoyance ou l'union communique au membre participant les informations suivantes :

1° Les modalités de conclusion du contrat ou d'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

2° En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de l'institution de prévoyance ou l'union ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le membre participant. La personne en contact avec le membre participant doit en outre préciser son identité et son lien avec l'institution de prévoyance ou l'union.

Sous réserve de l'accord formel du membre participant, seules les informations visées aux 2°, 3° et 5° du III de l'article L. 932-15-1 peuvent lui être communiquées. Le membre participant est toutefois informé que les informations visées aux 1°, 4°, 6° et 7° peuvent lui être fournies sur demande.

En outre, l'institution de prévoyance ou l'union est tenue de fournir l'ensemble des informations mentionnées au III de l'article L. 932-15-1 lorsqu'elle remplit ses obligations en vertu de l'article L. 121-28 du code de la consommation.

Article R932-2-4

L'absence matérielle des éléments d'information prévus au III de l'article L. 932-15-1 est punie de la peine d'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe.

Section 3 : Dispositions particulières relatives aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine et aux opérations de capitalisation.

Article R932-3-1

Lorsque les institutions de prévoyance et leurs unions réalisent des opérations soumises aux dispositions du second alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, les unités de compte visées à cet article sont :

1° Les actifs énumérés aux 1°, 2°, 3°, 3° bis, 4°, 5°, 6° et 10° de l'article R. 332-2 du code des assurances ;

2° Dans les conditions fixées à l'article R. 131-3 du code des assurances, les parts ou actions visées au 12° de l'article R. 332-2 du code des assurances ;

3° Les parts visées au 9° et les actions mentionnées au 8° de l'article R. 332-2 du code des assurances.

Le bulletin d'adhésion au règlement ou le contrat peut se référer soit à une seule unité de compte, soit à la combinaison de plusieurs unités de compte. Dans ce dernier cas, la cotisation doit être ventilée entre les différentes unités de compte conformément aux dispositions du bulletin d'adhésion ou du contrat. La part de la cotisation représentée par les unités de compte relevant du 3° ne doit pas dépasser 10 %.

Le bulletin d'adhésion ou le contrat doit prévoir les modalités selon lesquelles, en cas de disparition d'une unité de compte, une autre unité de compte de même nature lui est substituée, par un avenant au bulletin d'adhésion ou au contrat.

Article R932-3-2

Dans le cas où le bulletin d'adhésion se réfère à une part ou à une action de société immobilière non cotée, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance fixe, suivant des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, la valeur de cette action ou de cette part préalablement à la diffusion du bulletin d'adhésion ou du contrat et, par la suite, au moins une fois par an pendant la durée de l'adhésion ou du contrat.

Article R932-3-3

I. - Les articles R. 132-2 et R. 132-3 du code des assurances sont applicables aux opérations régies par la présente section sous réserve des adaptations prévues au deuxième alinéa de l'article L. 932-23 du présent code.

II. - Outre les mentions figurant à l'article R. 932-1-1 du présent code, les bulletins d'adhésion ou les contrats relatifs aux opérations régies par la présente section doivent comporter l'ensemble des mentions figurant à l'article R. 132-4 du code des assurances.

Article R932-3-4

I.-Le I de l'article R. 132-5-1-1 du code des assurances s'applique sous réserve des adaptations prévues au deuxième alinéa de l'article L. 932-23 du présent code.

II.-Lorsque le participant le demande ou lorsqu'une couverture immédiate est nécessaire, les informations peuvent être fournies oralement. Dans ce cas, sitôt le contrat conclu, les informations sont communiquées au participant sur support papier ou tout autre support durable à sa disposition et auquel il a facilement accès.

En cas de commercialisation d'un contrat à distance, les informations précontractuelles fournies au participant sont conformes aux dispositions de l'article L. 932-15-1 du présent code. En outre, lorsque le contrat a été conclu à la demande du participant en utilisant une technique de commercialisation à distance ne permettant pas la transmission des informations sur support papier ou sur un autre support durable, ces informations sont, sitôt le contrat conclu, communiquées au participant sur support papier ou tout autre support durable à sa disposition et auquel il a facilement accès.

Section 4 : Dispositions particulières relatives à certaines opérations de retraite à caractère collectif

Sous-section 1 : Contenu du règlement.

Article R932-4-1

Les opérations collectives prévues à l'article L. 932-24 sont autorisées à la condition qu'elles comportent une prestation déterminée dans les conditions fixées par la présente section.

Article R932-4-2

Les opérations collectives prévues à l'article L. 932-24 sont réalisées dans le cadre d'adhésions à un règlement dans les conditions fixées à l'article L. 932-1 pour les opérations collectives à adhésion obligatoire et à l'article L. 932-14 pour les opérations collectives à adhésion facultative. Ce règlement doit indiquer les modalités de fonctionnement du régime, y compris dans les cas de conversion prévus aux articles R. 932-4-18 et R. 932-4-19.

Article R932-4-3

Les prélèvements à appliquer aux cotisations et les tables de mortalité servant au calcul de la provision mathématique théorique mentionnée à l'article R. 932-4-15 et à l'établissement des inventaires sont déterminés dans les conditions et limites définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R932-4-4

Les opérations prévues à l'article L. 932-24 comportent la constitution d'une provision technique spéciale, à laquelle sont affectées les cotisations versées, nettes de prélèvements et de taxes, et sur laquelle sont réglées les prestations servies. Elle est représentée à l'actif dans les conditions et limites fixées par la section 10 du chapitre Ier du présent titre.

Sont affectés à ladite provision, à concurrence d'au moins 85 p. 100 de leur montant, les produits générés par la gestion financière des opérations mentionnées à l'article L. 932-24.

Les valeurs mobilières figurant à l'actif du bilan en représentation de la provision technique spéciale sont évaluées conformément aux règles fixées par la section 10 du chapitre Ier du présent titre.

Article R932-4-5

Il est ouvert, pour chacun des participants cotisants ou bénéficiaires, un compte individuel où sont portés les cotisations versées et le nombre d'unités de rentes correspondantes, ventilés par année.

Article R932-4-6

Il ne peut être stipulé aucun avantage gratuit pour les opérations collectives prévues à l'article L. 932-24.

Article R932-4-7

Pour les opérations collectives prévues à l'article L. 932-24, il doit être tenu une comptabilité spéciale et établi, en fin d'exercice, un compte spécial des résultats. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe les modalités d'application du présent article.

Article R932-4-8

Le règlement d'opérations collectives prévues à l'article L. 932-24 doit définir le mode de détermination des cotisations annuelles.

Il doit contenir, en outre, les indications relatives à la détermination du nombre d'unités de rente correspondant à ladite cotisation.

Le bulletin d'adhésion au règlement comporte les mêmes indications pour chacun des participants et fixe l'âge d'entrée en jouissance de la retraite pour chacun des bénéficiaires.

Article R932-4-9

Le nombre de participants à un règlement ne peut être inférieur à 1 000.

Cet effectif doit être réuni dans un délai de trois ans à partir de l'entrée en vigueur dudit règlement.

Article R932-4-10

En cas de cessation de paiement des cotisations, le règlement peut prévoir la déchéance des droits acquis si le participant ne justifie pas du versement d'au moins deux années de cotisations.

Le règlement peut également prévoir une réduction du nombre d'unités de rentes inscrites au compte d'un participant en application de l'article R. 932-4-12 :

- a) Lorsque celui-ci a payé les cotisations afférentes à plus de trois années, mais n'a pas effectué de versements réguliers jusqu'à l'âge de l'entrée en jouissance, cette réduction ne peut avoir pour effet de réduire la prestation à un montant inférieur au produit du nombre d'unités de rente inscrites avant réduction par la moyenne des valeurs de service de l'unité de rente fixées pour les années au cours desquelles il a effectué ses versements ;
- b) Lorsque à l'âge de l'entrée en jouissance le participant ne peut faire état d'un nombre minimal d'années fixé par le règlement depuis son adhésion ;
- c) Lorsque le participant demande une anticipation de la date de l'entrée en jouissance ;
- d) Lorsque le participant use de la faculté d'obtenir une réversion prévue à titre facultatif par le règlement.

Le règlement peut également prévoir une majoration du nombre d'unités de rente inscrites au compte du participant en application de l'article R. 932-4-12 lorsque celui-ci ajourne la date de l'entrée en jouissance.

Article R932-4-11

Le nombre d'unités de rente, éventuellement ajusté comme il est dit à l'article R. 932-4-10, qui est inscrit chaque année au compte individuel de chacun des participants cotisants et bénéficiaires, est égal au quotient de la cotisation, nette de prélèvements et de taxes, par la valeur d'acquisition de l'unité de rente.

Article R932-4-12

Le montant de la prestation est égal, pour chaque bénéficiaire, au produit du nombre d'unités de rente inscrites à son compte par la valeur de service de l'unité déterminée par le règlement auquel il a adhéré.

Article R932-4-13

La valeur d'acquisition de l'unité de rente et sa valeur de service sont fixées chaque année par l'institution ou l'union, dans les conditions prévues par le règlement.

Article R932-4-14

Dans le cas d'une rente sans réversion payable à soixante-cinq ans, le quotient de la valeur de service par la valeur d'acquisition doit être au moins égal à 0,05.

Dans les autres cas, il est procédé à une équivalence actuarielle dont les conditions sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R932-4-15

Chaque année, l'institution ou l'union calcule le montant de la provision mathématique théorique qui serait nécessaire pour assurer le service des rentes viagères immédiates et différées sur la base de la valeur de service à la date de l'inventaire. Ce calcul est effectué à partir des règles techniques fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R932-4-16

Pour chaque règlement ou contrat, le montant de la provision technique spéciale est au moins égal à celui de la provision mathématique théorique.

Article R932-4-17

La valeur de service de l'unité de rente doit être déterminée chaque année de telle manière que, après le service des prestations dues au titre de l'année, le rapport de la provision technique spéciale à la provision mathématique théorique ne devienne pas inférieur à 1 et que, le cas échéant, l'excédent par rapport à 1 ne diminue pas de plus d'un dixième.

Sous-section 2 : Conversion du règlement.

Article R932-4-18

Lorsque, dans le cadre d'un règlement et lors de deux inventaires successifs, le rapport de la provision technique spéciale à la provision mathématique théorique est inférieur à 1 ou que le quotient de la valeur de service par la valeur d'acquisition de l'unité de rente est inférieur à la limite prévue au premier alinéa de l'article R. 932-4-14, il est procédé à la conversion du règlement.

Article R932-4-19

Lorsque le nombre de participants cotisants à un règlement est ou devient inférieur à 1 000 après l'expiration du délai prévu à l'article R. 932-4-9, il est procédé à la conversion du règlement.

Article R932-4-20

La conversion du règlement entraîne, dans un délai d'un an, la transformation des opérations concernées en opérations de rentes viagères couvertes, intégralement et à tout moment, par des provisions mathématiques.

La part des provisions revenant à chaque participant dans la conversion des opérations considérées détermine la prestation que comporte l'opération d'assurance de substitution. Cette répartition est effectuée sur des bases techniques définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R932-4-21

En cas de la conversion d'un ou de plusieurs règlements dans les conditions visées aux articles R. 932-4-18 et R. 932-4-19, l'actif est réparti entre les bénéficiaires du ou des règlements considérés dans la limite du total de l'actif constitué pour chacun des règlements.

Section 5 : Dispositions relatives aux opérations de retraite professionnelle supplémentaire

Article R932-5-5

Les tarifs pratiqués par les institutions de prévoyance et leurs unions sont établis d'après des tables de mortalité et des taux définis par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R932-5-6

I. - Pour l'application de l'article L. 932-41, la valeur de transfert d'un membre participant d'un contrat d'origine ne relevant pas de l'article L. 932-24 au contrat d'accueil ne peut être inférieure à la cotisation unique qui à la date de calcul dudit transfert conduirait par hypothèse à disposer dans le contrat d'origine des mêmes droits individuels que ceux du membre participant demandant le transfert.

Pour l'application de la règle mentionnée à l'alinéa précédent, la cotisation unique mentionnée au même alinéa est calculée en retenant les taux d'intérêt techniques et les tables utilisées lors de l'établissement du ou des tarifs pratiqués vis-à-vis du membre participant demandant le transfert, et il n'est pas tenu compte des éventuels prélèvements sur cotisations prévus au contrat.

II. - Pour les contrats ne relevant pas du troisième alinéa de l'article L. 932-40, le comité de surveillance mentionné au troisième alinéa de l'article L. 932-41 est composé à parts égales de représentants des salariés et des employeurs.

Nul ne peut être membre du comité de surveillance s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 931-7.

Le comité de surveillance élit son président par un scrutin à bulletin secret.

Le comité de surveillance est composé d'au moins une personne représentant les participants ayant déjà procédé à la liquidation de leurs droits, et d'au moins une personne représentant les participants dont l'adhésion n'est plus obligatoire, mais n'ayant pas transféré leurs droits, sous réserve que le nombre de personnes ainsi représentées appartenant à chacune de ces catégories soit supérieur à un seuil précisé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R932-5-7

Pour l'application de l'article L. 932-41, le règlement intérieur du comité détermine les possibilités pour ses membres de donner pouvoir, les conditions et les délais de convocation du comité ainsi que les conditions dans lesquelles ce comité délibère. Il prévoit en particulier que chacun de ses membres détient un droit de vote et qu'en cas d'égalité des suffrages le président du comité a voix prépondérante.

Le comité est réuni au moins une fois par an, sur convocation de son président ou d'au moins la moitié de ses membres. L'ordre du jour de la réunion est fixé par l'auteur de la convocation. Il est tenu un procès-verbal et un registre de présence des réunions du comité.

Article R932-5-8

Le comité de surveillance :

1° Emet un avis sur le rapport prévu au dernier alinéa de l'article L. 932-45, lors de son établissement et à chaque modification de celui-ci ;

2° Peut entendre le ou les commissaires aux comptes mentionnés à l'article L. 932-45 sur les comptes mentionnés au deuxième alinéa de cet article. Ils sont sur cette question déliés à son égard de l'obligation du secret professionnel.

Lorsque le comité de surveillance institué au niveau d'un contrat souhaite entendre le commissaire aux comptes en application de l'article L. 932-41, les informations communiquées sont celles relatives à la comptabilité auxiliaire d'affectation dans laquelle sont enregistrées les opérations de ce contrat, et portent sur les comptes annuels issus de cette comptabilité même si celle-ci regroupe plusieurs contrats de retraite professionnelle supplémentaire.

Article R932-5-9

Le rapport mentionné au dernier alinéa de l'article L. 932-45 est transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Article R932-5-10

Les provisions techniques correspondant aux opérations mentionnées à l'article L. 932-40 sont calculées chaque année par un actuair e et certifiées soit par le ou les commissaires aux comptes de l'institution de prévoyance ou de l'union dans le cadre d'une mission distincte de la mission générale de commissariat aux comptes exercée dans cette institution de prévoyance ou union, soit par un autre actuair e, indépendant de l'institution de prévoyance ou union et agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaires reconnues par l'autorité mentionnée à l'article L. 951-1. L'actuair e ou le ou les commissaires aux comptes vérifie que les provisions, dans le respect des dispositions du code des assurances applicables à celles-ci, sont constituées de façon suffisamment prudente, en tenant compte le cas échéant d'une marge adéquate pour les écarts défavorables, et que les méthodes et les bases de calcul des provisions techniques restent en général constantes d'un exercice à l'autre. Une modification de ces méthodes peut toutefois être justifiée, dans le respect des dispositions du code des assurances, par un changement des données juridiques, démographiques ou économiques sur lesquelles se fondent ces hypothèses.

Article R932-5-11

Toute institution de prévoyance ou union projetant de fournir des services d'institutions de retraite professionnelle sur le territoire d'un autre Etat membre ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, conformément aux dispositions de l'article L. 932-48, notifie son projet à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution mentionnée à l'article L. 951-1 dans les conditions fixées à l'article R. 310-17-1 du code des assurances.

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution instituée à l'article L. 951-1 exerce la faculté mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 932-43, elle en informe l'autorité compétente de l'Etat dans lequel l'institution de prévoyance ou l'union fournit des services d'institution de retraite professionnelle dans les conditions fixées à l'article R. 310-17-2 du code des assurances.

Article R932-5-11-1

Lorsque, dans le cadre des opérations mentionnées à l'article L. 932-40, les institutions de prévoyance ou unions utilisent des références à des notations de crédit émises par des agences de notation de crédit au sens de l'article 3, paragraphe 1, point b, du règlement (CE) n° 1060/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 sur les agences de notation de crédit dans leurs politiques d'investissement, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, en tenant compte de la nature, de l'ampleur et de la complexité de ces opérations, surveille l'adéquation des processus d'évaluation du crédit de l'institution ou de l'union, évalue l'utilisation de références à des notations de crédit et, le cas échéant, encourage l'atténuation des effets de telles références, en vue de réduire le recours exclusif et mécanique à de telles notations de crédit.

Article R932-5-12

Les modalités techniques de mise en oeuvre du présent chapitre sont précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 7 : Dispositions transitoires relatives aux institutions de prévoyance issues de la transformation d'une institution de retraite supplémentaire en institution de prévoyance ou ayant fusionné avec une telle institution.

Article R932-7-1

Les institutions de prévoyance issues de la transformation d'une institution de retraite supplémentaire ou ayant fusionné avec une telle institution bénéficient des dispositions de la présente section au titre des opérations, relatives aux régimes précédemment gérés par l'institution de retraite supplémentaire, mentionnées ci-après :

- a) Constitution et service de rente viagère ou temporaire dont les revalorisations éventuelles ne résultent que de l'intégration aux provisions mathématiques des participations aux excédents du contrat ;
- b) Opérations régies par les dispositions de l'article L. 932-24.

Article R932-7-2

I. # Lorsque, en application des dispositions de l'article L. 941-1, une institution de retraite supplémentaire, pour bénéficier des dispositions de la présente section, dépose une demande en vue de l'agrément en qualité d'institution de prévoyance ou en vue de fusionner avec une institution de prévoyance agréée, doit être fixée, selon l'une des modalités définies à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 931-1, la part de l'engagement de retraite de l'institution de retraite supplémentaire correspondant aux opérations mentionnées à l'article R. 932-7-1 qui reste ou qui est mis à la charge de l'institution de prévoyance.

II. # La fraction de l'engagement de l'institution de retraite supplémentaire correspondant aux droits à retraite liquidés dans le cadre des opérations mentionnées à l'article R. 932-7-1 est intégralement transférée à l'institution de prévoyance.

III. # Par dérogation aux dispositions de l'article R. 343-1 du code des assurances, les provisions relatives aux engagements restant ou mis à la charge de l'institution de prévoyance peuvent, à concurrence des droits acquis antérieurement au 31 décembre 2008, pour les opérations mentionnées à l'article R. 932-7-1, être constituées dans les conditions mentionnées aux articles R. 932-7-3 à R. 932-7-5.

Article R932-7-3

Lorsque l'institution de prévoyance n'a pas constitué l'intégralité des provisions techniques correspondant à l'ensemble des engagements restant ou mis à sa charge, elle doit, pour obtenir l'agrément, établir un plan de provisionnement pour atteindre, à l'issue d'une période ne pouvant excéder quinze ans à compter de la date du bilan d'ouverture immédiatement postérieur à l'agrément ou à l'approbation de la fusion mentionnés à l'article L. 941-1, un montant de provisions techniques au moins égal à l'engagement restant ou mis à sa charge.

Article R932-7-4

Pour les opérations relevant du a de l'article R. 932-7-1, les provisions techniques de l'institution de prévoyance prévues à l'article R. 343-3 du code des assurances doivent atteindre, à l'issue de chaque exercice de la période du plan mentionné à l'article R. 932-7-3, un montant au moins égal à la somme de :

- a) La valeur actuelle des engagements correspondant aux droits à retraite déjà liquidés ;
- b) 60 % de la valeur actuelle de l'ensemble des engagements transférés au titre de l'article R. 932-7-2 relatifs aux droits à retraite non liquidés.

A la date du bilan d'ouverture immédiatement postérieur à l'agrément ou l'approbation de la fusion mentionnés à l'article L. 941-1, le taux de couverture des engagements, défini comme le rapport entre les provisions techniques mentionnées ci-dessus et la valeur actuelle des engagements transférés au titre de l'article R. 932-7-2, ne peut être inférieur à 85 %.

Ce taux de couverture doit augmenter annuellement d'un pourcentage au moins égal au rapport entre, d'une part, la différence entre 100 et le taux de couverture observé à la date mentionnée à l'alinéa précédent et, d'autre part, la durée totale, exprimée en années, du plan de provisionnement.

Article R932-7-5

Pour les opérations relevant du b de l'article R. 932-7-1, le taux de couverture des engagements, défini comme le rapport entre les provisions techniques mentionnées à l'article R. 932-4-4 et la provision mathématique théorique mentionnée à l'article R. 932-4-15, ne peut être inférieur à 85 % à la date du bilan d'ouverture immédiatement postérieur à l'agrément ou l'approbation de la fusion mentionnés à l'article L. 941-1.

Ce taux de couverture doit augmenter annuellement d'un pourcentage au moins égal au rapport entre d'une part la différence entre 100 et le taux de couverture observé à la date mentionnée à l'alinéa précédent et d'autre part la durée totale, exprimée en années, du plan de provisionnement.

Article R932-7-7

Pendant la durée d'application du plan de provisionnement mentionné aux articles R. 932-7-3 à R. 932-7-5, les règlements des opérations collectives et les bulletins d'adhésion, ainsi que les publicités et tous autres documents afférents aux opérations, indiquent, pour les droits qui ne sont pas couverts intégralement par des provisions techniques suffisantes, la fraction provisionnée des engagements correspondants.

Les institutions de prévoyance indiquent annuellement à chaque membre participant ou bénéficiaire la fraction provisionnée des droits inscrits à son compte.

Le rapport annuel soumis à l'assemblée générale conformément à l'article R. 931-3-31 ainsi que le rapport cité à l'article L. 322-2-4 du code des assurances mentionnent les provisions techniques qui seraient exigibles en vertu des dispositions de droit commun applicables aux opérations mentionnées à l'article R. 932-7-1.

Article R932-7-8

Jusqu'au terme de la période transitoire prévue à l'article R. 932-7-3, toute institution de prévoyance relevant des dispositions de la présente section est tenue de présenter chaque année à l'autorité mentionnée à l'article L. 951-1 le compte-rendu d'exécution de son plan de provisionnement établi dans les conditions prévues aux articles R. 932-7-3 à R. 932-7-5.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 4 : Institutions de gestion de retraite supplémentaire.

Article R941-1

Les institutions de gestion de retraite supplémentaire sont régies par les dispositions du présent titre ainsi que par leurs statuts.

Article R941-2

Toute institution de gestion de retraite supplémentaire est désignée par une dénomination sociale suivie de la mention : "Institution de gestion de retraite supplémentaire régie par le titre IV du livre IX du code de la sécurité sociale".

Cette mention figure obligatoirement dans les statuts de l'institution ainsi que dans tous les documents destinés à ses membres adhérents et participants. Ces documents ne doivent comporter aucune mention susceptible d'induire en erreur sur la nature de l'institution ainsi que sur celle des contrôles exercés sur elle en application des dispositions du présent titre.

Article R941-3

Les statuts des institutions de gestion de retraite supplémentaire mentionnent obligatoirement :

1° Que l'institution de gestion de retraite supplémentaire est chargée, à l'exclusion de toute autre opération, d'accomplir, pour le compte de ses entreprises adhérentes, les opérations de gestion administrative relatives aux régimes de retraite supplémentaire ou d'indemnités de fin de carrière ;

2° La date de conclusion de l'accord collectif ou la date de ratification par les intéressés du projet d'accord relatif aux régimes de retraite supplémentaire ou d'indemnités de fin de carrière ;

3° L'absence de responsabilité, autre que de gestion administrative, de l'institution au titre des engagements résultant de cet accord ou projet d'accord.

Article R941-4

Les statuts de l'institution de gestion de retraite supplémentaire ainsi que, selon les cas, la convention, l'accord collectif ou le procès-verbal de l'assemblée générale de l'institution approuvant l'accord entre membres adhérents et membres participants sont déposés, dans le mois qui suit leur adoption, auprès du ministre chargé de la sécurité sociale. A défaut, l'institution de gestion de retraite supplémentaire n'est pas autorisée à fonctionner en cette qualité et les statuts, conventions et accords mentionnés ci-dessus sont inopposables aux membres adhérents et participants.

Les mêmes dispositions s'appliquent pour les modifications apportées aux statuts des institutions de gestion de retraite supplémentaire.

Article R941-5

Les dispositions des articles R. 931-3-24 à R. 931-3-28, R. 931-3-52 à R. 931-3-64, R. 931-4-3 à R. 931-4-6 et R. 931-5-1 à R. 931-5-3 sont applicables aux institutions de gestion de retraite supplémentaire.

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 5 : Contrôle des institutions

Article R951-4-1

Le fait pour tout dirigeant d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance de méconnaître les obligations ou interdictions résultant de l'article R. 612-26 du code monétaire et financier est puni de la peine d'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe.

Le fait pour tout dirigeant d'une institution de prévoyance ou d'une union ayant la réassurance pour activité exclusive de méconnaître les obligations ou interdictions résultant des articles R. 931-1-2 et R. 612-26 du code monétaire et financier est puni de la même peine.

La récidive de la contravention prévue au présent article est réprimée conformément à l'article 132-11 du code pénal.

Pour l'application du présent article, sont considérés comme dirigeants d'institutions de prévoyance ou d'unions d'institutions de prévoyance : les membres du conseil d'administration, le directeur général, le ou les directeurs généraux délégués et tout dirigeant de fait d'une institution ou d'une union.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1 : Organisation de la sécurité sociale.

Section 1 : Dispositions générales.

Article D111-1

La demande d'exemption, conforme au modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture, est adressée à la caisse primaire d'assurance maladie ou à la caisse de mutualité sociale agricole dont relève l'entreprise qui accueille le salarié ou dans laquelle il est employé.

Sont jointes à la demande les pièces justificatives suivantes :

1° Une attestation d'assurance vieillesse couvrant la durée de la période d'exemption ;

2° Les bulletins de salaire ou, à défaut, une attestation de l'employeur relative à la période minimale de trois mois mentionnée au septième alinéa de l'article L. 111-2-2 ;

3° Une déclaration sur l'honneur du salarié ou de l'employeur attestant que le salarié n'a pas été soumis au régime de sécurité sociale d'un Etat auquel s'applique le règlement communautaire de coordination des régimes de sécurité sociale pour la période mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 111-2-2.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 2 : Ministres compétents

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 3 : Inspection générale.

Article D113-1

Les membres de l'inspection générale de la sécurité sociale exercent le contrôle supérieur de tous les services, caisses, organismes, unions ou fédérations d'organismes et institutions qui participent à l'application des législations de sécurité sociale. Ils proposent, le cas échéant, au ministre chargé du contrôle des organismes de sécurité sociale, la mise en cause des responsabilités encourues dans le fonctionnement des organismes de sécurité sociale.

Article D113-2

Ils sont chargés d'effectuer les missions et enquêtes d'ensemble sur l'application des législations de sécurité sociale, sur la coordination des différents régimes obligatoires, spéciaux et complémentaires.

Article D113-3

Des membres de l'inspection générale peuvent être mis à la disposition des divers départements ministériels chargés de la tutelle pour effectuer, dans les divers régimes de sécurité sociale, les missions prévues par le plan de contrôle établi chaque année par le comité de coordination.

Article D113-4

Dans le cadre de leur mission et en ce qui concerne l'application des législations de sécurité sociale, les membres de l'inspection générale ont libre accès dans toutes les administrations de l'Etat et collectivités publiques, dans tous les organismes, unions ou fédérations d'organismes, établissements, oeuvres et groupements qui participent au fonctionnement des régimes de sécurité sociale.

Les membres de l'inspection générale ont également libre accès dans tous institutions, oeuvres ou groupements qui ont bénéficié de prêts ou de subventions des organismes de sécurité sociale pour procéder à toute vérification sur l'emploi desdits fonds.

Les administrations, organismes, oeuvres ou groupements sont tenus de prêter leur concours aux membres de l'inspection générale, de leur fournir toutes justifications et tous renseignements utiles et de leur communiquer tous documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Le droit de communication comporte le droit d'obtenir copie.

Article D113-5

L'inspecteur général faisant fonction de chef du service rend compte de l'activité de l'inspection générale par un rapport annuel présenté au président du comité de coordination.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 : Commissions et conseils

Section 1 : Haut Conseil du financement de la protection sociale

Article D114-0-1

Il est institué auprès du Premier ministre un Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Au regard des évolutions économiques, sociales et démographiques, et à la lumière des expériences étrangères, le Haut Conseil mène des travaux sur les moyens d'assurer, pour la protection sociale, en cohérence avec les prestations qu'elle couvre, un financement pérenne, favorable au développement et à la compétitivité de l'économie française, compatible avec les impératifs de solidarité et d'équilibre des finances sociales, dans le respect de la trajectoire des finances publiques.

Le Haut Conseil a pour mission :

- 1° De dresser un état des lieux du système de financement de la protection sociale, d'analyser ses caractéristiques et ses changements ;
- 2° D'évaluer les évolutions possibles de ce système de financement ;
- 3° D'examiner l'efficacité des règles de gouvernance et d'allocation des recettes de l'ensemble du système de protection sociale de manière à assurer son équilibre pérenne ;
- 4° De formuler, le cas échéant, des recommandations et des propositions de réforme.

Le Haut Conseil peut, en outre, être saisi de toute question par le Premier ministre.

Article D114-0-2

I.-Le Haut Conseil est composé de quarante-neuf membres répartis comme suit :

1° Dix-huit membres représentant les organisations professionnelles et syndicales :

- a) Deux représentants désignés par la Confédération générale du travail (CGT) ;
- b) Deux représentants désignés par la Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;

- c) Deux représentants désignés par la Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO) ;
 - d) Un représentant désigné par la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) ;
 - e) Un représentant désigné par la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC) ;
 - f) Trois représentants désignés par le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) ;
 - g) Un représentant désigné par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME) ;
 - h) Un représentant désigné par l'Union professionnelle artisanale (UPA) ;
 - i) Un représentant désigné par la Caisse nationale du régime social des indépendants (RSI) parmi les membres de son conseil d'administration ayant la qualité de commerçant ;
 - j) Un représentant désigné par la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA) ;
 - k) Un représentant désigné par l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) ;
 - l) Un représentant désigné par la Fédération syndicale unitaire (FSU) ;
 - m) Un représentant désigné par l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) ;
- 2° Deux députés et deux sénateurs ;
- 3° Huit représentants de l'Etat :
- a) Le directeur de la sécurité sociale ;
 - b) Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;
 - c) Le directeur de la législation fiscale ;
 - d) Le directeur du budget ;
 - e) Le directeur général du Trésor ;
 - f) Le directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques ;
 - g) Le directeur de l'animation de la recherche, des études et des statistiques ;
 - h) Le directeur général de la compétitivité, de l'industrie et des services ;
- 4° Un représentant désigné par l'Assemblée des départements de France ;
- 5° Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;
- 6° Le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le président du Conseil d'orientation des retraites, le président délégué du Haut Conseil de la famille, le président du Conseil d'orientation pour l'emploi, le Commissaire général à la stratégie et à la prospective ;
- 7° Douze personnalités qualifiées désignées par le Premier ministre en raison de leur compétence ou de leur expérience dans les domaines relevant des attributions du Haut Conseil.

II.-Le président et le vice-président du Haut Conseil sont désignés par le Premier ministre parmi les membres mentionnés au 7° du I.

III.-Les désignations prévues au 2° du I sont renouvelées après chaque élection générale en ce qui concerne les députés et après chaque renouvellement triennal du Sénat en ce qui concerne les sénateurs.

Article D114-0-3

Sauf dispositions législatives contraires, les administrations de l'Etat, les établissements publics de l'Etat et les organismes de sécurité sociale sont tenus de communiquer au Haut Conseil les éléments d'information et les études dont ils disposent et qui apparaissent nécessaires à ce conseil pour l'exercice de ses missions. Le Haut Conseil leur fait connaître ses besoins afin qu'ils soient pris en compte dans les programmes de travaux statistiques et d'études de ces administrations, établissements ou organismes.

Article D114-0-4

Le Haut Conseil est assisté d'un secrétaire général nommé par le Premier ministre. Le secrétaire général assure, sous l'autorité du président, l'organisation des travaux du conseil ainsi que l'établissement des rapports.

Article D114-0-5

Les crédits nécessaires au fonctionnement du Haut conseil sont inscrits au budget du ministre chargé des comptes de la sécurité sociale.

Section 2 : Haut comité médical

Section 3 : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Article D114-1

La commission des comptes de la sécurité sociale, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend, en outre :

1° Quatre membres de l'Assemblée nationale et quatre membres du Sénat désignés respectivement par le président de l'Assemblée nationale et par le président du Sénat ;

2° Un membre du Conseil économique, social et environnemental désigné par le président du Conseil économique, social et environnemental ;

3° Un magistrat de la Cour des comptes désigné par le premier président de la Cour des comptes ;

4° Douze représentants des organisations professionnelles syndicales et sociales désignés à raison de :

- a) Cinq par les organisations syndicales les plus représentatives des salariés ;
- b) Trois par le conseil national du patronat français ;
- c) Un par la confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- d) Un par la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles ;
- e) Un par l'assemblée permanente des chambres de métiers et de l'artisanat de région ;
- f) Un par l'union nationale des associations familiales.

5° a) Le président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

b) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

c) Le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles prévue à l'article L. 221-4 ;

d) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;

e) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales ;

f) Le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole ;

g) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;

h) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants ;

i) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;

j) La commission comprend en outre un représentant des régimes autres que ceux énumérés ci-dessus, désigné après entente entre les présidents des caisses et institutions intéressés ou, à défaut, par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

k) Le président du conseil d'administration du Fonds de solidarité vieillesse ;

l) Le président du conseil d'administration de l'Association des régimes de retraites complémentaires ;

m) Le président du conseil d'administration de l'Association générale des institutions de retraites des cadres ;

n) Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

6° Le président du Centre national des professions de santé ainsi que cinq représentants des organisations professionnelles de médecins et trois représentants des établissements de soins désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

7° Sept personnalités qualifiées désignées pour leur compétence particulière par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D114-2

Le secrétaire général permanent assure l'organisation des travaux ainsi que l'établissement du rapport prévu à l'article D. 114-3. Il fait appel à cette fin aux services du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D114-3

La commission se réunit au moins deux fois par an, à l'initiative de son président.

La commission est réunie une première fois entre le 15 avril et le 15 juin et traite des comptes du régime général de sécurité sociale.

La seconde réunion se déroule entre le 15 septembre et le 15 octobre. Les comptes de l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale y sont présentés à la commission et analysés par elle.

Elle reçoit communication des comptes des régimes de sécurité sociale établis pour l'année antérieure et des comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante par les directions compétentes des ministères concernés, qui assistent aux séances de la commission.

La commission prend en outre connaissance des comptes définitifs et prévisionnels, établis dans les mêmes conditions, des régimes complémentaires de retraites rendus obligatoires par la loi.

Le secrétaire général permanent établit un rapport qui est exposé à la commission et transmis au Gouvernement en vue de sa présentation au Parlement.

La commission peut créer, en son sein, des groupes de travail sur des thèmes déterminés.

Elle peut faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'elle jugera utile.

Article D114-4

Il est alloué une indemnité forfaitaire mensuelle au secrétaire général permanent et aux autres membres du comité d'alerte.

Le secrétaire général permanent peut faire appel à des rapporteurs extérieurs qui perçoivent pour leurs travaux des vacances dont le nombre est fixé par le secrétaire général permanent selon l'importance des travaux effectués.

Le taux unitaire des vacances est fixé à 1/1 000 du traitement brut annuel afférent à l'indice brut 494 soumis à retenue pour pension.

Ces vacances sont exclusives de toute autre rémunération pour travaux effectués pour le compte du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le montant de l'indemnité allouée au secrétaire général permanent et aux autres membres du comité d'alerte et le nombre maximum annuel de vacances susceptibles d'être allouées à un même rapporteur extérieur, en application du présent article, sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la fonction publique.

Section 4 : Conseil d'orientation des retraites

Article D114-4-0-1

Le Conseil d'orientation des retraites est placé auprès du Premier ministre. Il remet un rapport au Premier ministre au moins une fois tous les deux ans. Préalablement à l'élaboration des rapports prévus au II et au IV de l'article 5 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, le Conseil d'orientation des retraites remet un rapport d'ensemble analysant la situation des régimes de retraite. Ces rapports sont communiqués au Parlement et rendus publics.

Article D114-4-0-2

Outre son président, le Conseil d'orientation des retraites est composé de trente-neuf membres répartis comme suit :

1° Quatre députés et quatre sénateurs, respectivement désignés par l'Assemblée nationale et par le Sénat ;

2° Seize représentants des organisations professionnelles et syndicales :

a) Deux représentants désignés par la Confédération générale du travail (CGT) ;

b) Deux représentants désignés par la Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;

c) Deux représentants désignés par la Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO) ;

d) Un représentant désigné par la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) ;

e) Un représentant désigné par la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC) ;

f) Deux représentants désignés par le Mouvement des entreprises de France (MEDEF) ;

g) Un représentant désigné par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME) ;

h) Un représentant désigné par l'Union professionnelle artisanale (UPA) ;

i) Un représentant désigné par la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA) ;

j) Un représentant désigné par l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) ;

k) Un représentant désigné par la Fédération syndicale unitaire (FSU) ;

l) Un représentant désigné par l'Union des fédérations de fonctionnaires (UNSA) ;

3° Le président de l'Union nationale des associations familiales (UNAF) ou son représentant ;

4° Le vice-président du Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA) ou son représentant ;

5° Sept représentants de l'Etat :

a) Le Commissaire général à la stratégie et à la prospective ;

b) Le directeur général de l'administration et de la fonction publique ;

c) Le directeur de la sécurité sociale ;

d) Le directeur du budget ;

e) Le délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle ;

f) Le directeur général du Trésor ;

g) Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;

6° Six personnalités choisies en raison de leur compétence et de leur expérience.

Les membres du Conseil d'orientation des retraites mentionnés aux 2° et 6° sont nommés par arrêté du Premier ministre pour une durée de quatre ans. Celui-ci désigne parmi les membres mentionnés au 6° celui qui assure la suppléance du président du conseil en cas d'empêchement de ce dernier.

Les membres mentionnés au 5° désignent un suppléant ayant au moins rang de sous-directeur.

Toute personne ayant perdu la qualité en raison de laquelle elle a été nommée cesse d'appartenir au conseil. Les membres mentionnés aux 2° et 6° sont, dans ce cas, remplacés par une personne désignée pour la durée du mandat restant à courir. En outre, les désignations prévues au 1° sont renouvelées après chaque élection générale à l'Assemblée nationale en ce qui concerne les députés et après chaque renouvellement triennal du Sénat en ce qui concerne les sénateurs.

Article D114-4-0-3

Le Conseil d'orientation des retraites se réunit sur convocation de son président.

Article D114-4-0-4

Le Conseil d'orientation des retraites est assisté par un secrétaire général nommé par le Premier ministre. Le secrétaire général assure sous l'autorité du président l'organisation des travaux du conseil ainsi que l'établissement de ses rapports et la préparation de ses avis prévus au 4° de l'article L. 114-2.

Article D114-4-0-5

Les indicateurs mentionnés au 4° de l'article L. 114-2 sont ainsi définis :

1° Au titre du suivi de l'objectif mentionné au premier alinéa du II de l'article L. 111-2-1 :

Le taux de remplacement défini à l'article D. 114-4-0-14 projeté sur dix ans ;

2° Au titre du suivi des objectifs mentionnés au deuxième alinéa du même II :

a) La durée moyenne de versement de la pension projetée sur vingt-cinq ans ;

b) Le taux de remplacement, projeté sur dix ans, d'un assuré ayant effectué toute sa carrière comme agent sédentaire de la fonction publique de catégorie B. Le taux de remplacement est défini comme le rapport entre la moyenne des avantages de vieillesse perçus l'année de la liquidation et le salaire moyen d'activité, y compris les primes, perçu la dernière année d'activité ;

3° Au titre du suivi des objectifs mentionnés au troisième alinéa du même II :

a) Le rapport, par génération de retraités, pour l'ensemble des régimes de retraite légalement obligatoires, entre la valeur de la pension en deçà de laquelle se situent les 10 % de retraités les moins aisés, d'une part, et la valeur moyenne des pensions de l'ensemble des retraités, d'autre part. Ce rapport est présenté selon le genre ;

b) Le niveau de vie des retraités rapporté à celui de l'ensemble de la population, ce rapport étant présenté selon le genre ;

4° Au titre du suivi des objectifs mentionnés au quatrième alinéa du même II :

Les soldes comptables annuels exprimés en droits constatés des régimes de retraite légalement obligatoires pour l'année en cours et projetés sur vingt-cinq ans, déterminés sur la base des prévisions financières des régimes de retraite sous-jacentes aux prévisions de comptes publics présentés dans le programme de stabilité de l'année en cours.

Section 5 : Commission de compensation

Article D114-4-0-6

Les membres de la commission représentant un régime entrant dans le champ d'application de l'article L. 134-1 sont désignés d'un commun accord par le président et le directeur ou le directeur général de la caisse nationale gérant ce régime. Sont désignés un représentant titulaire et un représentant suppléant par branche du régime. Lorsqu'un régime ne relève pas d'une caisse nationale, ces représentants sont désignés par le gestionnaire du régime.

Sont également membres de la commission le directeur de la sécurité sociale et le directeur du budget.

Chaque ministre assurant la tutelle de l'un des régimes mentionnés au premier alinéa peut se faire représenter et contribuer aux travaux de la commission.

Tout projet d'arrêté d'acomptes de compensation est transmis au président de la commission, qui peut éventuellement décider de réunir la commission pour avis, dans un délai de dix jours après réception du projet d'arrêté.

Les régimes transmettent chaque année, au secrétariat de la commission, un rapport explicatif sur les données qu'ils ont fournies pour le calcul des transferts définitifs. Le secrétariat de la commission peut se faire communiquer toute information nécessaire à l'accomplissement par la commission de sa mission de contrôle.

La commission est saisie pour avis par le ministre chargé de la sécurité sociale des projets de mesures législatives ou réglementaires modifiant les règles de calcul des compensations définies à l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale.

L'avis doit être notifié au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget dans le délai de trente jours à compter de la date de réception du projet de mesure législative ou réglementaire par le président de la commission de compensation.

Toutefois, en cas d'urgence invoquée dans la lettre de saisine, ce délai est réduit à quinze jours.

A défaut de notification au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget d'un avis dans les délais fixés, l'avis est réputé rendu.

Les délais fixés sont des délais francs. Lorsque le premier jour d'un de ces délais est un jour férié ou un samedi, le délai ne court qu'à compter du premier jour ouvrable qui suit le jour férié ou le samedi.

Section 6 : Comité de suivi des retraites

Article D114-4-0-7

Le jury citoyen mentionné au troisième alinéa du I de l'article L. 114-4 est consulté par le comité de suivi des retraites avant la remise des avis et des recommandations mentionnés au II du même article.

Le jury citoyen est convoqué par le président du comité de suivi des retraites. En cas d'absence de certains membres du jury citoyen, ce dernier est valablement consulté s'il comprend au moins le tiers de ses membres.

Si ce quorum n'est pas atteint, le président du comité convoque de nouveau le jury citoyen qui est alors valablement consulté quel que soit le nombre de ses membres.

Article D114-4-0-8

Le comité de suivi des retraites soumet au jury citoyen les orientations qu'il envisage de donner à ses avis et ses recommandations. Le jury citoyen débat oralement de ces orientations et communique au comité de suivi des retraites le contenu de ses discussions.

Les membres du jury citoyen sont soumis au secret des délibérations et à une obligation de confidentialité portant sur ses travaux et l'ensemble des éléments qui leur sont communiqués.

Article D114-4-0-9

Les neuf femmes et les neuf hommes membres du jury citoyen sont tirés au sort parmi les personnes âgées de plus de dix-huit ans. Ils exercent leurs fonctions pour une durée de trois ans.

Le tirage au sort est assuré par le secrétariat du comité de suivi des retraites qui peut recourir, le cas échéant, à un prestataire extérieur.

Article D114-4-0-10

I. - Il est accordé aux membres du jury, s'ils le requièrent et quand il y a lieu, une indemnité pour perte de revenu professionnel égale, par jour, à huit fois la valeur horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance.

II. - Les membres du jury citoyen perçoivent, sur justification, une indemnité calculée suivant la réglementation relative aux frais occasionnés par les déplacements des personnels civils de l'Etat.

Article D114-4-0-11

Le salarié prévient son employeur de sa participation au jury citoyen en lui remettant une copie de sa convocation. L'employeur est alors tenu de le libérer de ses obligations professionnelles pour le temps de la session du jury citoyen.

La durée du congé est assimilée à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés ainsi que pour l'ensemble des autres droits résultant pour l'intéressé de son contrat.

Article D114-4-0-12

La formation des jurés est, à la demande du président du comité de suivi des retraites et en fonction des orientations qu'il définit, assurée par le secrétariat du comité de suivi des retraites.

Article D114-4-0-13

Les recommandations du comité de suivi des retraites mentionnées au II de l'article L. 114-4 ne peuvent tendre à augmenter au-delà de 28 % la somme des taux de cotisation d'assurance vieillesse assises sur les rémunérations ou gains pour un salarié non cadre, à carrière ininterrompue, relevant du régime général d'assurance vieillesse et d'une institution de retraite complémentaire mentionnée à l'article L. 921-4 et dont la rémunération mensuelle est égale au salaire moyen du tiers inférieur de la distribution des salaires.

Article D114-4-0-14

Les recommandations mentionnées au II de l'article L. 114-4 ne peuvent tendre à diminuer en deçà des deux tiers le rapport, pour une année donnée et pour un assuré tel que défini à l'article D. 114-4-0-13, entre la

moyenne des avantages de vieillesse perçus l'année de la liquidation et le revenu moyen d'activité perçu pendant la dernière année d'activité.

Section 7 : Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie

Article D114-4-0-15

Le comité d'alerte prévu à l'article L. 114-4-1 peut faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'il jugera utile.

Article D114-4-0-16

Les services de l'Etat, les établissements publics de l'Etat et les organismes de sécurité sociale sont tenus de communiquer au comité d'alerte les éléments d'information et les études dont ils disposent utiles à l'exercice de sa mission.

Article D114-4-0-17

Le seuil prévu à l'article L. 114-4-1 est fixé à 0,5 %.

Les caisses nationales d'assurance maladie disposent d'un délai d'un mois à compter de la notification par le comité d'alerte d'un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour proposer des mesures de redressement.

Le comité d'alerte dispose d'un délai de quinze jours à compter de la transmission des mesures de redressement par les caisses nationales d'assurance maladie ou, le cas échéant, l'Etat pour rendre un avis sur l'impact financier de ces mesures.

Article D114-4-0-18

Le secrétaire général permanent de la commission des comptes de la sécurité sociale organise les travaux du comité d'alerte. Il fait appel à cette fin aux services du ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 bis : Organisation comptable

Section 1 : Organisation comptable

Article D114-4-1

Le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale mentionné à l'article L. 114-5 est approuvé par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Article D114-4-2

I.-Les agents comptables des organismes nationaux, après avoir centralisé les balances mensuelles des organismes de base, et les agents comptables des organismes à compétence nationale adressent à la mission comptable permanente, suivant un calendrier fixé par arrêté, la balance mensuelle des branches ou régimes qu'ils gèrent ainsi que la balance de fin d'exercice avant et après inventaire.

II.-Les agents comptables des organismes de base de sécurité sociale, après avoir établi les comptes annuels, les transmettent, à fin de validation, aux agents comptables des organismes nationaux chargés de leur centralisation, selon un calendrier fixé par ces derniers.

Les comptes annuels des organismes de sécurité sociale mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 114-6 sont constitués par le compte de résultat, le bilan et l'annexe.

Les comptes combinés annuels des organismes de sécurité sociale mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 114-6 sont constitués par la combinaison, selon des modalités fixées par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture, du compte de l'organisme national concerné, des comptes des organismes de base ainsi que de ceux des autres organismes compris dans le périmètre de combinaison, conformément à la norme arrêtée en la matière après avis du Conseil de normalisation des comptes publics. Ils comportent un bilan combiné, un compte de résultat combiné et une annexe.

La validation, effectuée par l'agent comptable national, consiste à attester que les comptes annuels des organismes locaux sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de leur résultat, de leur situation financière et de leur patrimoine.

Les contrôles de l'agent comptable national sont effectués selon les modalités fixées par un référentiel commun de validation des comptes dont les principes sont approuvés par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Le rapport de validation présente les conclusions de l'agent comptable national sur la tenue des comptes. Après en avoir pris connaissance, le directeur de l'organisme national y appose son visa.

Ce rapport comporte deux parties : l'une relative à l'opinion de l'agent comptable national sur les comptes annuels des organismes locaux, l'autre constituée par le compte rendu des vérifications effectuées et complétée des informations utiles pour l'appréciation du dossier.

L'agent comptable de l'organisme national transmet son avis sur les comptes annuels de chaque organisme local, après visa par le directeur ou le directeur général de l'organisme national, au directeur et à l'agent comptable de l'organisme concerné.

Le rapport de validation est transmis au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes, ainsi qu'au ministre chargé de l'agriculture pour ce qui concerne les comptes des régimes de protection sociale agricole.

Ce dispositif est mis en oeuvre à compter des comptes de l'exercice 2006.

III.-Les agents comptables des organismes nationaux, après avoir centralisé et validé les comptes annuels des organismes de base, établissent les comptes combinés annuels. A cette fin, ils opèrent les corrections ou compléments d'écritures comptables nécessaires. L'agent comptable national les notifie à l'agent comptable local, qui les intègre dans ses comptes.

Les agents comptables des organismes à compétence nationale établissent les comptes annuels.

Les comptes annuels ou les comptes combinés annuels visés par le directeur sont transmis à la mission comptable permanente qui les diffuse au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de l'agriculture, à la Cour des comptes et aux autres destinataires habilités à cet effet.

IV.-Des tableaux de centralisation des données comptables, établis par branche ou régime, sont transmis à la mission comptable permanente instituée au II de l'article D. 114-4-3, qui les communique à la Commission des comptes de la sécurité sociale prévue à l'article D. 114-1 et aux autres destinataires habilités à cet effet.

V.-Les documents mentionnés aux II, III et IV sont transmis sous la forme et dans les conditions fixées par arrêté.

Article D114-4-3

I. - Supprimé.

II. - Il est créé une mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale rattachée pour sa gestion administrative aux services du ministre chargé de la sécurité sociale. Cette mission interministérielle est notamment chargée, en liaison avec les services concernés des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture, d'organiser les travaux nécessaires aux arrêtés des comptes annuels, de centraliser les comptes annuels et infra-annuels des organismes de sécurité sociale et de s'assurer de leur qualité, de mettre les informations comptables à disposition des destinataires habilités à cet effet, de proposer toute évolution jugée nécessaire du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, de saisir le Conseil de normalisation des comptes publics en tant que de besoin, de veiller à l'exacte application des principes comptables par les organismes de sécurité sociale.

La mission peut faire tout commentaire et porter toute appréciation jugée nécessaire sur la qualité des comptes produits par les organismes de sécurité sociale.

Le secrétaire général de la mission est nommé, sur proposition du ministre chargé de la sécurité sociale, par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

Il reçoit délégation du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale à l'effet de signer tous actes de gestion courante nécessaires à l'exécution de ses missions.

Il est habilité à rédiger et signer des conventions, valant cahier des charges, avec les administrations, services, corps de contrôle ou organismes de sécurité sociale, relatives au contenu des données comptables annuelles et infra-annuelles, leur transmission, leur réception et leur diffusion. Les modalités de contrôles à mettre en oeuvre pour s'assurer de la fiabilité des données comptables transmises et de leur confidentialité sont annexées à ces conventions.

Les crédits nécessaires au fonctionnement de la mission sont inscrits au budget du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D114-4-4

Les produits et les charges de toute nature sont rattachés à l'exercice au cours duquel est intervenu le fait générateur qui leur a donné naissance dans les conditions prévues par le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale mentionné à l'article D. 114-4-1.

Article D114-4-5

La certification des comptes des organismes nationaux de sécurité sociale par les commissaires aux comptes porte sur les comptes annuels et, le cas échéant, sur les comptes combinés annuels tels que définis au deuxième alinéa du II de l'article D. 114-4-2.

Les commissaires aux comptes exercent leur mission dans les conditions prévues au titre II du livre VIII du code de commerce relatif aux commissaires aux comptes, sous réserve des adaptations résultant des règles propres à ces organismes.

Les commissaires aux comptes sont nommés dans les conditions prévues à l'article L. 823-1 du code de commerce.

Un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants, appelés à remplacer les titulaires en cas de refus, d'empêchement, de démission ou de décès sont désignés dans les mêmes conditions.

Les commissaires aux comptes portent à la connaissance du conseil ou du conseil d'administration, du directeur et de l'agent comptable, dans le cadre de leurs compétences respectives et selon un calendrier fixé en conséquence, les documents et informations prévus à l'article L. 823-16 du code de commerce.

Les comptes annuels ou les comptes combinés annuels sont transmis, accompagnés du rapport du commissaire aux comptes, aux autorités administratives compétentes et, pour information, à la Cour des comptes. Cette transmission intervient avant le 1er juin qui suit la fin de l'exercice et quarante-cinq jours au plus tôt après leur réception par les commissaires aux comptes.

Section 2 : Contrôle interne

Sous-section 1 : Dispositions propres aux organismes nationaux, organisés ou non en réseau, assurant la gestion d'un régime obligatoire de base et à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Paragraphe 1 : Contrôle interne des activités du régime ou de la branche et de l'activité de recouvrement du régime général

Article D114-4-6

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme national conçoivent et mettent en place conjointement un dispositif national de contrôle interne dont l'objet est d'assurer la maîtrise des risques de toute nature, notamment financiers, inhérents aux missions confiées à cet organisme.

Le dispositif national de contrôle interne est applicable aux organismes constitutifs d'un même réseau.

Le dispositif national de contrôle interne pour finalité d'apporter une assurance raisonnable quant au respect des objectifs suivants :

- 1° La conformité aux lois, règlements et conventions ;
- 2° L'exactitude des montants de cotisations et contributions sociales et des autres prélèvements à recouvrer et des prestations liquidées ;
- 3° La prévention des indus et le recouvrement des créances ;
- 4° L'utilisation efficiente des fonds publics et des moyens de toute nature mis en œuvre, dans le respect des autorisations budgétaires annuelles et pluriannuelles ;
- 5° La protection du patrimoine de l'organisme et des personnes ;
- 6° La prévention et la détection des fraudes internes et externes ;
- 7° L'intégrité, la fiabilité et le caractère exhaustif des informations financières, comptables, budgétaires et de gestion.

Le dispositif de contrôle interne repose sur les principes suivants :

- 1° Unicité du dispositif ;
- 2° Exhaustivité dans l'identification des processus et des risques associés ;
- 3° Définition de la stratégie de traitement des risques en fonction de leur prévalence et de leur criticité ;
- 4° Evaluation périodique de l'effectivité et de l'efficacité des actions de maîtrise des risques et mise à jour régulière du dispositif en fonction des enseignements tirés des contrôles effectués ;
- 5° Documentation des procédures, des organisations et des risques ;
- 6° Traçabilité des acteurs et des opérations.

Le dispositif national de contrôle interne définit, à partir d'une cartographie des risques établie dans les conditions prévues à l'article D. 114-4-7, les moyens mis en œuvre afin d'assurer la couverture des risques relatifs aux activités du régime ou de la branche ainsi que la couverture des risques liés aux opérations effectuées pour leur compte par des organismes délégataires ou des organismes bénéficiant de leur concours financier.

Le dispositif national de contrôle interne définit, par des instructions et des procédures nationales, les principes et règles communs applicables à l'organisme national et aux autres organismes éventuellement constitutifs du réseau relatifs au contrôle interne des gestions techniques, des gestions budgétaires et de la comptabilité ainsi qu'au contrôle interne des systèmes d'information.

Il définit les moyens de maîtrise, notamment les actions de contrôle et de supervision, mis en œuvre par l'organisme national et les autres organismes éventuellement constitutifs du réseau, y compris au titre des contrôles des agents comptables, afin d'assurer la maîtrise des risques inhérents aux missions qui leur sont confiées, conformément aux objectifs fixés par le directeur et l'agent comptable de l'organisme national.

Article D114-4-7

I. # Le directeur et l'agent comptable établissent une cartographie nationale des risques qui identifie de manière exhaustive les risques de l'organisme national et des éventuels autres organismes constitutifs du réseau. Elle est établie à partir d'une cartographie de l'ensemble des processus métiers et supports et de la cartographie des systèmes d'information mentionnée à l'article D. 114-4-10.

Les cartographies sont actualisées, le cas échéant, selon une périodicité au moins annuelle.

II. # Le directeur et l'agent comptable définissent un plan national de contrôle interne annuel opposable aux autres organismes éventuellement constitutifs du réseau, qui intègre le plan de contrôle annuel national établi par l'agent comptable.

Le plan national de contrôle interne annuel, qui porte sur une période correspondant à l'année civile :

précise les actions de maîtrise et les axes de contrôle prioritaires pour l'ordonnateur et l'agent comptable au cours de l'exercice ainsi que les objectifs de maîtrise des risques associés, notamment en matière de liquidation des prestations, de recouvrement des cotisations et autres prélèvements, et de sécurités informatiques ;

définit les moyens permettant de vérifier l'effectivité du dispositif de contrôle interne et les indicateurs de suivi de son efficacité au regard de ces objectifs. Ces indicateurs mesurent, notamment, le risque lié aux activités relevant de l'ordonnateur et le risque financier résiduel après supervision de l'ordonnateur et contrôle de l'agent comptable.

Article D114-4-8

L'organisme national contrôle sur place l'exécution des opérations dont il délègue la réalisation à d'autres organismes ainsi que celle des opérations effectuées par des organismes bénéficiant d'un concours financier au moyen de ce concours.

Il peut déléguer ces contrôles à un organisme de son réseau.

Les organismes délégataires ou bénéficiant d'un concours financier sont tenus de communiquer, à la demande de l'organisme national, tous documents et pièces justificatives relatifs aux missions qui leur sont confiées ou aux activités faisant l'objet d'un financement du régime ou de la branche.

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme national établissent le cadre du contrôle sur pièces à effectuer par ses services, ou par les autres organismes éventuellement constitutifs du réseau, sur les organismes bénéficiant d'un concours financier, au titre des opérations mises en œuvre au moyen de ces concours financiers, ou sur les organismes assurant une gestion déléguée pour le compte de la caisse nationale.

Paragraphe 2 : Audit interne

Article D114-4-9

Les organismes nationaux mettent en place un dispositif d'audit interne qui a, notamment, pour objet d'évaluer périodiquement l'effectivité, l'efficacité et la pertinence du dispositif de contrôle interne.

Les activités d'audit interne sont mises en œuvre dans des conditions définies par une charte, établie conjointement par le directeur et l'agent comptable, qui prévoit, notamment, les modalités de gouvernance du dispositif, les règles de programmation annuelle des audits et de suivi de leurs résultats, les modalités de délégation éventuelle des travaux d'audit et les règles de déontologie applicables.

Ce dispositif tient compte, le cas échéant, des audits effectués dans le cadre de la validation des comptes mentionnée à l'article D. 114-4-2. Les auditeurs exécutent leur mission et rendent compte de ses résultats en toute indépendance.

Les rapports définitifs d'audit, à l'exception de ceux mentionnés à l'article D. 114-4-17, sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale conjointement à la transmission du rapport de contrôle interne prévu à l'article D. 114-4-16.

Paragraphe 3 : Contrôle interne des systèmes d'information

Article D114-4-10

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme national établissent une cartographie de l'ensemble des applications informatiques nationales et des éventuelles applications locales. Cette cartographie est actualisée, le cas échéant, selon une périodicité au moins annuelle.

Article D114-4-11

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme national assurent la maîtrise d'ouvrage des applications informatiques nationales. Toutefois, la maîtrise d'ouvrage d'une application informatique nationale peut être déléguée à une caisse ou à une union de caisses relevant d'un organisme national. Les modalités de cette délégation sont définies par une convention signée par les directeurs et les agents comptables desdits organismes.

Le directeur de l'organisme national assure la maîtrise d'œuvre des applications informatiques nationales. Toutefois, la maîtrise d'œuvre d'une application informatique nationale peut être déléguée à une caisse ou à une union de caisses relevant d'un organisme national. Les modalités de cette délégation sont définies par une convention signée par les directeurs desdits organismes.

Article D114-4-12

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme national valident, conjointement, les applications nationales, préalablement à leur mise en production. Lorsque la maîtrise d'ouvrage est déléguée à une caisse ou à une union de caisses relevant d'un organisme national, les applications sont validées, conjointement, par les directeurs et agents comptables de l'organisme national et de la caisse ou de l'union de caisses concernée. Toutefois, la validation peut être déléguée à une caisse ou à une union de caisses relevant d'un organisme national. Les modalités de cette délégation sont définies par une convention signée par les directeurs et agents comptables desdits organismes.

Le directeur et l'agent comptable sont tenus de procéder, par des essais, au contrôle :

1° De l'existence et de l'efficacité de sécurités physiques et logiques destinées à assurer l'intégrité des règles d'accès aux systèmes informatiques, la sauvegarde des programmes, des fichiers, des données et des échanges ;

2° De la conformité des règles de gestion programmées dans les applications aux lois, règlements et conventions ;

3° De l'exactitude des traitements de liquidation des cotisations et contributions sociales, des autres prélèvements et des prestations ;

4° De l'existence de procédures assurant l'intégrité des échanges de données informatisées entre les applications informatiques des services techniques et les applications financières et comptables ;

5° De la pertinence et de l'effectivité des contrôles automatisés conçus en lien avec la cartographie des risques ;

6° De l'absence de régression des systèmes d'information résultant de la mise en production de l'application.

Un procès-verbal de validation est dressé par le directeur et l'agent comptable.

L'agent comptable de l'organisme national peut refuser la mise en production d'une application informatique dont il estime qu'elle ne respecte pas les règles fixées par le présent code. Il en informe le directeur de l'organisme national qui a la possibilité de passer outre ce refus par décision notifiée à l'agent comptable. Le directeur transmet une copie de cette décision, dûment motivée, au ministre chargé de la sécurité sociale.

Les applications informatiques dont la maîtrise d'ouvrage est déléguée sont validées conjointement par le directeur et l'agent comptable de l'organisme national dans les mêmes conditions.

Article D114-4-13

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme national recensent les incidents informatiques constatés dans les organismes compris dans le périmètre du régime ou de la branche et procèdent à une analyse régulière de leur criticité, notamment en termes d'incidence financière, et de l'effectivité de leur traitement.

Article D114-4-14

Le directeur et l'agent comptable national établissent un plan national de sécurité des systèmes d'information actualisé, le cas échéant, annuellement. Ce plan a, notamment, pour objet d'assurer la disponibilité du système d'information, la sécurité des accès, l'intégrité des données, la qualité de preuve des données et la protection de leur confidentialité.

Le directeur et l'agent comptable national établissent également un plan national de reprise d'activité des systèmes d'information, afin d'assurer la continuité du service en cas d'incident ou de sinistre majeur. Ce plan est actualisé, le cas échéant, annuellement.

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme national établissent les règles de gestion des habilitations qui sont actualisées, le cas échéant, annuellement.

Article D114-4-15

Dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives, les échanges de données informatisées entre organismes de protection sociale font l'objet d'un conventionnement. Les conventions définissent, notamment, le contenu des données transmises, les échéances de transmission, les contrôles mis en œuvre

par l'émetteur et le destinataire des données, qui portent notamment sur leur exactitude, et les modalités de traitement des rejets. Elles précisent également les modalités de suivi et d'évaluation réciproques des engagements conventionnels.

La mise en œuvre des conventions fait l'objet d'un audit périodique en application de l'article D. 114-4-9.

Paragraphe 4 : Rapport annuel de contrôle interne du régime ou de la branche et de l'activité de recouvrement du régime général

Article D114-4-16

Un rapport présentant un bilan du dispositif national de contrôle interne et intégrant les conclusions des audits est établi annuellement par le directeur et l'agent comptable de l'organisme national. Il est communiqué au ministre chargé de la sécurité sociale au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle au titre de laquelle il a été établi, accompagné des rapports d'audit prévus à l'article D. 114-4-9.

Le rapport de contrôle interne comprend, notamment, une description des principales caractéristiques du dispositif et du plan de contrôle interne, les résultats des activités de contrôle et des indicateurs de maîtrise des risques, l'analyse des principaux motifs d'erreur ou d'anomalie détectées par catégorie d'opérations, ainsi que la description des actions de correction mises en œuvre ou prévues, le cas échéant, dans le cadre de plans d'actions spécifiques.

Paragraphe 5 : Dispositions spécifiques aux organismes nationaux gérant un régime ou une branche organisés en réseau et à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Article D114-4-17

Chaque organisme constitutif du réseau fait l'objet d'un audit sur place selon une périodicité fixée par le directeur et l'agent comptable de l'organisme national. Le directeur et l'agent comptable de l'organisme national peuvent prévoir une périodicité plus rapprochée pour les organismes dont les performances sont inférieures à la moyenne nationale, notamment dans la réalisation des objectifs des contrats pluriannuels de gestion. Le directeur peut également décider d'audits inopinés.

Pour l'exercice de sa compétence d'audit, l'organisme national peut requérir des organismes locaux la communication sur place ou sur pièces de tous documents détenus par ces organismes, notamment les pièces comptables et correspondances relatifs aux gestions techniques et budgétaires, à la comptabilité et au contrôle interne informatique de ces organismes.

Les auditeurs mettent en œuvre une procédure contradictoire à l'égard des organismes contrôlés. Les réponses de l'organisme assorties, le cas échéant, des observations des auditeurs sur ces dernières sont annexées au rapport d'audit définitif, qui est transmis pour information au service mentionné à l'article R. 155-1 dans un délai de trente jours suivant son adoption définitive.

Le directeur de l'organisme local est tenu de communiquer au directeur et à l'agent comptable de l'organisme national les suites données aux recommandations formulées.

Article D114-4-18

En cas de défaillances importantes, le directeur de l'organisme national demande à l'organisme local, en concertation avec l'agent comptable, de mettre en œuvre un plan de redressement dont il définit les orientations et les modalités d'exécution. Le directeur de l'organisme local concerné est tenu de communiquer au directeur et à l'agent comptable de l'organisme national les suites données aux recommandations du plan de redressement.

Sous-section 2 : Dispositions propres aux organismes locaux

Paragraphe 1 : Contrôle interne

Article D114-4-19

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme local mettent en œuvre et, le cas échéant, complètent en fonction des activités et de la criticité des risques locaux le dispositif de contrôle interne national mentionné à l'article D. 114-4-6.

Article D114-4-20

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme local déclinent et, le cas échéant, complètent en fonction des risques et des processus propres à l'organisme les cartographies mentionnées à l'article D. 114-4-7. Elles sont actualisées, le cas échéant, selon une périodicité annuelle.

Le directeur et l'agent comptable mettent en œuvre et, le cas échéant, complètent le plan de contrôle interne national mentionné à l'article D. 114-4-7 en fonction des activités et de la criticité des risques locaux, en cohérence avec le plan de contrôle annuel de l'agent comptable mentionné à l'article D. 122-8.

Ce plan local, qui porte sur une période correspondant à l'année civile :

précise l'objet des contrôles et des supervisions à effectuer au cours de l'exercice et les objectifs de maîtrise des risques associés, notamment en matière de liquidation des prestations, de recouvrement des cotisations et d'habilitations informatiques ;

décline les moyens destinés à mesurer l'effectivité du dispositif de contrôle interne et les indicateurs de suivi de son efficacité définis par l'organisme national. Il les complète, le cas échéant, d'outils et d'indicateurs propres à l'organisme. Ces indicateurs mesurent, notamment, le risque lié aux activités relevant de l'ordonnateur et le risque financier résiduel après les supervisions de l'ordonnateur et les contrôles de l'agent comptable.

Article D114-4-21

Un rapport de contrôle interne présentant un bilan du dispositif de contrôle interne est établi annuellement par le directeur et l'agent comptable de l'organisme local. Il comprend, notamment, une description des principales caractéristiques du dispositif et du plan de contrôle annuel, les résultats des activités de contrôle et des indicateurs de maîtrise des risques, l'analyse des principaux motifs d'erreur ou d'anomalie détectées par catégorie d'opérations ainsi que la description des actions de correction mises en œuvre ou prévues. Il est communiqué à l'organisme national dont il relève au plus tard le 31 mai de l'année suivante.

Paragraphe 2 : Contrôle interne des systèmes d'information

Article D114-4-22

Le contrôle interne des systèmes d'information des organismes locaux est conforme au dispositif national défini à la sous-section 1 de la présente section.

Article D114-4-23

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme local complètent, le cas échéant, la cartographie nationale des applications informatiques mentionnée à l'article D. 114-4-10. Cette cartographie est actualisée, le cas échéant, selon une périodicité annuelle.

Article D114-4-24

Le directeur et l'agent comptable de l'organisme recensent les incidents informatiques propres aux applications locales et procèdent à une analyse régulière de leur criticité, notamment en termes d'incidence financière, et de l'effectivité de leur traitement. Ce recensement est transmis à l'organisme national selon une périodicité annuelle.

Article D114-4-25

Le directeur et l'agent comptable déclinent et, le cas échéant, complètent le plan national de sécurité des systèmes d'information mentionné à l'article D. 114-4-14. Ce plan est actualisé, le cas échéant, selon une périodicité au moins annuelle.

Le directeur et l'agent comptable s'assurent du respect des règles de gestion des habilitations pour les applications nationales définies en application de l'article D. 114-4-14 et établissent, le cas échéant, les règles de gestion des habilitations des applications locales.

Article D114-4-26

Les applications réalisées localement, qui doivent répondre à un besoin spécifique de l'organisme local, sont validées par le directeur et l'agent comptable de l'organisme local conformément aux dispositions de l'article D. 114-4-12, après accord exprès du directeur et de l'agent comptable de l'organisme national. Un procès-verbal de validation est dressé par le directeur et l'agent comptable de l'organisme local.

L'agent comptable de l'organisme local peut refuser la mise en production d'une application informatique dont il estime qu'elle ne respecte pas les règles fixées par le présent code. Il en informe le directeur de l'organisme qui a la possibilité de passer outre ce refus par décision notifiée à l'agent comptable. Le directeur transmet une copie de cette décision au directeur et à l'agent comptable de l'organisme national qui disposent d'un délai de trente jours pour s'opposer à cette décision.

Sous-section 3 : Dispositions propres aux régimes obligatoires de base gérés par des organismes régis par des dispositions particulières

Article D114-4-27

Pour l'application des dispositions de la présente section aux régimes obligatoires de base qui ne sont pas gérés par un organisme national de sécurité sociale :

1° Les mots : " le directeur et l'agent comptable ", les mots : " le directeur et l'agent comptable de l'organisme national ", les mots : " le directeur " et les mots : " l'agent comptable " sont remplacés par les mots : " l'organisme gestionnaire " ;

2° Les dispositions du dixième alinéa de l'article D. 114-4-12 ne sont pas applicables ;

3° A l'article D. 114-4-9, les mots : " les organismes nationaux " sont remplacés par les mots : " les organismes gestionnaires ".

Article D114-4-28

Les dispositions de la présente section sont applicables à la Mutualité sociale agricole sous réserve des dispositions des sous-sections 6 et 7 de la section 4 du chapitre III du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime.

Sous-section 4 : Dispositions propres aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Article D114-4-29

Les dispositions des articles D. 114-4-6, D. 114-4-7 et D. 114-4-16 sont applicables aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale selon des modalités adaptées à la nature de leurs activités.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 ter : Contrôle et lutte contre la fraude

Article D114-5

Le seuil mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 114-9 est fixé comme suit :

- a) Pour les prestations des branches maladie et accidents du travail et maladies professionnelles, huit fois le montant du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- b) Pour les prestations des branches famille, huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- c) Pour les prestations des branches vieillesse, quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- d) Pour le recouvrement des cotisations et contributions, huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour l'application du présent article, le montant du plafond mensuel de la sécurité sociale est celui en vigueur au moment des faits ou, lorsqu'elle s'est répétée, à la date du début de la fraude.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Section 1 : Titres et documents attestant de la régularité du séjour et du travail des ressortissants étrangers

Article D115-1

Les titres de séjour ou documents mentionnés à l'article L. 115-6 sont les suivants :

1° Carte de résident ;

2° Carte de séjour temporaire ;

3° Certificat de résidence de ressortissant algérien ;

4° Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;

5° Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention " reconnu réfugié ", dont la durée de validité est fixée à l'article R. 743-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

6° Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention :

" étranger admis au titre de l'asile " d'une durée de validité de six mois, renouvelable ;

7° Récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié portant la mention : " a demandé le statut de réfugié " d'une validité de trois mois, renouvelable ;

8° Autorisation provisoire de travail pour les personnes séjournant en France sous couvert d'un visa de séjour d'une durée égale ou inférieure à trois mois, ou, pour celles qui ne sont pas soumises à visa et qui sont sur le territoire français, pour une durée inférieure à trois mois ;

9° Autorisation provisoire de séjour accompagnée d'une autorisation provisoire de travail ;

10° Paragraphe supprimé

11° Le passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour ;

12° Contrat de travail saisonnier visé par la direction départementale du travail et de l'emploi ;

13° Récépissé de demande de titre de séjour portant la mention :

" il autorise son titulaire à travailler " ;

14° Carte de frontalier ;

15° Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention " a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire ", dont la durée de validité est fixée à l'article R. 743-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

16° Attestation de demande d'asile ;

Article D115-2

L'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale résultant de l'exercice d'une activité professionnelle est subordonnée à la production d'un des titres ou documents visés à l'article D. 115-1 attestant de la régularité de cet exercice.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 1 : Conseils d'administration

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 2 : Directeur et agent comptable

Section 1 : Dispositions générales.

Article D122-1

L'agent comptable est l'agent de direction chargé de l'ensemble des opérations financières et comptables de l'organisme ; il est placé sous l'autorité administrative du directeur.

L'agent comptable peut se voir confier par le directeur de cet organisme ou par le directeur de l'organisme national dont relève cet organisme toute mission compatible avec ses attributions.

Article D122-2

L'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale est responsable de l'encaissement des recettes, du paiement des dépenses, des opérations de trésorerie, de la conservation des fonds et valeurs appartenant à l'organisme, du maniement des fonds, des mouvements de comptes de disponibilités et de la justification de ses opérations comptables, ainsi que de l'exacte concordance entre les résultats de ses opérations et de la position de ses comptes de disponibilités.

L'agent comptable est responsable du recouvrement amiable des créances, à l'exception des cotisations.

Il est tenu de définir et d'assurer les contrôles en matière de recettes, de dépenses et de patrimoine. Il définit et contrôle les modalités de conservation et de mise à disposition des pièces justificatives, quel que soit leur support, en respectant les préconisations de l'organisme national.

L'agent comptable assure la conservation des fonds et valeurs de l'organisme :

1° Le numéraire ;

2° Les effets bancaires ;

3° Les titres nominatifs au porteur ou à ordre et les valeurs acquises par l'organisme.

Ils sont suivis en comptabilité par nature d'opération. La position de ces comptes doit être conforme à l'inventaire des fonds et valeurs détenus par l'organisme.

Les excédents sont acquis à l'organisme à l'expiration des délais de prescription.

L'agent comptable a qualité pour recevoir, détenir et conserver les titres de propriété et les titres de créances.

Article D122-3

L'agent comptable vérifie la régularité des ordres de recettes établis et signés par le directeur.

Article D122-4

L'agent comptable vérifie la régularité des ordres de dépenses établis et signés par le directeur.

Pour l'ensemble des opérations de l'organisme, cette vérification porte sur les points suivants :

1° La qualité du signataire ou de son délégué ;

2° La validité de la créance ;

3° Le caractère libératoire du règlement.

Pour la gestion budgétaire, cette vérification porte en outre sur la disponibilité des crédits, l'exacte imputation de la dépense et l'exécution du service.

Le contrôle de la validité de la créance a pour objet de vérifier, conformément à l'acte d'engagement, les droits des créanciers ou la réalité soit des fournitures livrées, soit des services accomplis par le créancier et l'exactitude des calculs de liquidation établis par le directeur.

Article D122-5

L'agent comptable qui, à l'occasion des vérifications auxquelles il est tenu, constate une irrégularité doit surseoir au paiement et en aviser le directeur de la caisse ou le tiers pour le compte duquel l'organisme gère des prestations.

Lorsque l'agent comptable a suspendu le paiement des dépenses, le directeur peut, par écrit et sous sa responsabilité, requérir l'agent comptable de payer.

La réquisition de paiement a pour effet d'engager la responsabilité personnelle et pécuniaire du directeur. La responsabilité du directeur est mise en cause dans les conditions fixées aux articles D. 122-11 à D. 122-18.

Article D122-6

Lorsque le directeur a requis l'agent comptable de payer, celui-ci défère à la réquisition, annexe à l'ordre de dépense l'original de la réquisition et en rend compte au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 et à l'organisme national défini à l'article D. 122-13. Il doit refuser de déférer à l'ordre de réquisition lorsque la suspension de paiement est motivée par :

1° Une opposition faite entre les mains de l'agent comptable ;

2° La contestation sur la validité de la créance ;

3° L'absence de service fait ;

4° L'absence ou l'insuffisance de crédits ;

5° La suspension ou l'annulation de la décision du conseil ou du conseil d'administration par application des articles L. 151-1 et L. 152-1 qui lui a été notifiée.

Article D122-8

Pour l'application des articles D. 122-1 à D. 122-4, l'agent comptable établit un plan de contrôle qu'il communique à l'organisme national. Ce plan de contrôle s'insère dans le dispositif de contrôle interne de l'organisme et respecte les instructions définies par l'organisme national.

Il fixe notamment :

a) les procédures de vérification des opérations de dépenses et de recettes des gestions techniques et budgétaires ;

b) les modalités de contrôle des données ou pièces justificatives ;

c) la hiérarchie des contrôles par nature des opérations, ceux-ci pouvant ne pas être exhaustifs ;

d) les contrôles globaux du domaine informatique, mentionnés à l'article D. 122-9.

Article D122-9

Dès lors que l'organisme fait appel à des procédures informatisées, l'agent comptable doit veiller à la mise en oeuvre d'un dispositif de contrôle permettant de prévenir les fraudes et les erreurs, compte tenu de spécificités propres à chaque organisme.

Il est tenu d'exercer les vérifications correspondant aux objectifs généraux de fiabilité et de sécurité et portant sur les points suivants :

1° Habilitation des personnes autorisées à saisir ou manipuler des données utilisées pour les calculs de liquidation de droits ;

2° Justification des données saisies ou traitées par des pièces ou supports répondant aux conditions de forme et de régularité prévues par les dispositions en vigueur ;

3° Détection des fraudes et des risques majeurs liés au traitement automatique des informations ;

4° Traitement de données justifiées et d'elles seules ;

5° Contrôle des sécurités physiques et logiques destinées à assurer le respect des règles d'accès aux systèmes informatiques et la sauvegarde des programmes et des fichiers ;

6° Contrôle des sécurités physiques et logiques destinées à assurer l'intégrité des fichiers, des données et des échanges.

Section 2 : Responsabilité personnelle et pécuniaire.

Article D122-11

En application de l'article L. 122-2, l'agent comptable est personnellement et pécuniairement responsable des opérations suivantes :

1° L'encaissement des recettes ;

2° Le paiement des dépenses ;

3° Les opérations de trésorerie ;

4° La conservation des fonds et valeurs appartenant à l'organisme ;

5° Le maniement des fonds et des mouvements de comptes de disponibilités ;

6° Le recouvrement amiable des créances, à l'exception des cotisations.

Article D122-12

Le délai prévu au premier alinéa de l'article L. 122-3 est fixé à six mois.

Il est renouvelé une fois sur la demande présentée aux autorités d'installation par l'agent comptable entrant avant l'expiration du délai.

Article D122-13

La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale peut être mise en jeu par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. Pour les organismes ne relevant pas d'un organisme national au sens du dernier alinéa, l'autorité compétente est le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé de l'agriculture pour les organismes de mutualité sociale agricole à compétence nationale.

Les autorités mentionnées au premier alinéa peuvent engager la responsabilité notamment après un contrôle qu'elles ont diligenté ou sur saisine de la Cour des comptes.

Lorsqu'il s'agit de l'agent comptable d'un organisme local relevant d'un organisme national compétent pour valider ses comptes en application de l'article L. 114-6, celui-ci peut aussi saisir les responsables des services visés au premier alinéa.

Article D122-14

En application de l'article L. 122-2, avant d'engager la responsabilité personnelle et pécuniaire d'un agent comptable, l'autorité compétente de l'Etat informe celui-ci qu'il dispose de quinze jours pour indiquer s'il considère que le manquant constaté provient d'un cas de force majeure.

L'agent comptable fait connaître ses observations par écrit.

L'autorité compétente de l'Etat prend sa décision au plus tard quarante-cinq jours après la saisine de l'agent comptable.

Article D122-15

L'agent comptable dont la responsabilité pécuniaire est mise en jeu a l'obligation de verser immédiatement sur ses deniers personnels une somme égale au montant du manquant.

Dans le cas contraire, l'agent comptable est constitué en débet par l'émission à son encontre, par le directeur de l'organisme, d'un titre de recettes.

L'agent comptable peut demander, dans un délai de quinze jours, à l'autorité compétente de l'Etat le sursis de versement de la somme fixée au premier alinéa.

La durée du sursis est limitée à un an. Elle peut être prolongée si l'agent comptable a demandé une décharge partielle de responsabilité ou une remise gracieuse. Le sursis expire à la date de notification de la décision statuant sur ces demandes.

Article D122-16

L'agent comptable constitué en débet peut demander à l'autorité compétente de l'Etat la décharge partielle si le manquant résulte du fait des fondés de pouvoir, des régisseurs ou des délégués de l'agent comptable.

L'autorité compétente de l'Etat statue sur cette demande dans un délai maximum de six mois.

La décision de l'autorité compétente de l'Etat est soumise à l'approbation du ministre compétent lorsque le montant du débet dépasse une somme déterminée par arrêté.

Article D122-17

L'agent comptable peut présenter à l'autorité définie à l'article D. 122-13 une demande de remise gracieuse des sommes laissées à sa charge.

La demande de remise gracieuse est examinée, notamment en fonction du respect par l'agent comptable des procédures de contrôle décrites aux articles D. 122-7 à D. 122-10 et des instructions prises pour leur application.

La somme définitivement mise à la charge de l'agent comptable lui est notifiée par l'autorité compétente de l'Etat.

Article D122-18

L'agent comptable qui a couvert de ses deniers le montant du manquant est en droit de poursuivre à titre personnel le recouvrement de la somme correspondante.

Les sommes allouées en décharge partielle de responsabilité ou en remise gracieuse sont supportées par le budget de l'organisme. Il en est de même si la force majeure est reconnue.

Dans le cas de caution solidaire fournie par une association de cautionnement mutuel, le ministre compétent notifie à l'association les débits constatés à la charge de ses adhérents et dont le versement incombe à celle-ci.

Dans le cas où il ne pourrait être procédé au recouvrement de la somme mise à la charge de l'agent comptable, la somme en cause est admise en non-valeur par l'organisme.

Dans le cas où des recouvrements seraient opérés alors que le débit a été couvert, les sommes correspondantes servent à rembourser :

- a) par priorité l'organisme, dans la limite des sommes laissées à sa charge,
- b) pour le surplus, le comptable qui s'est acquitté d'une partie du débit.

Article D122-19

Le quitus est acquis automatiquement à l'agent comptable après l'expiration du délai prévu au deuxième alinéa de l'article L. 122-3 si aucune procédure n'a été engagée à son encontre. Si la responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable a été mise en cause, le quitus est délivré, après apurement du débit, par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Pour une année donnée, le quitus peut aussi être octroyé par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, à la demande de l'agent comptable cessant définitivement ses fonctions dont la caisse relève d'un organisme national défini à l'article D. 122-13.

A cette fin, après la transmission prévue à l'article D. 114-4-2 des comptes annuels ou des comptes combinés annuels de l'exercice suivant l'année pour laquelle le quitus est demandé, l'agent comptable d'un organisme local demande à l'agent comptable de l'organisme national son inscription sur une liste communiquée chaque année au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. A cet effet, l'agent comptable de l'organisme national communique à ce dernier l'ensemble des éléments ayant fondé la validation des comptes prévue à l'article L. 114-6. Un agent comptable dont les comptes de l'exercice concerné ont fait l'objet d'un refus de validation ne peut pas être inscrit sur cette liste.

Pour les agents comptables cessant définitivement leurs fonctions dont l'organisme ne relève pas d'un organisme national défini à l'article D. 122-13, le quitus peut être octroyé pour une année donnée à leur demande, par l'autorité compétente pour mettre en jeu la responsabilité personnelle et pécuniaire, après la transmission prévue à l'article D. 114-4-2 des comptes annuels ou des comptes combinés annuels de l'exercice suivant l'année pour laquelle le quitus est demandé.

Le quitus ne peut pas être octroyé si le compte annuel de l'exercice concerné a fait l'objet d'un refus de la certification prévue à l'article L. 114-8.

Lorsque les comptes annuels de l'exercice au titre duquel il est demandé ont fait l'objet d'une validation sans observation en application de l'article L. 114-6, ou d'une certification sans réserve en application de l'article L. 114-8, le quitus est réputé acquis à l'expiration du délai prévu au troisième alinéa de l'article D. 253-12, à la condition qu'aucune réserve n'ait été formulée par l'agent comptable entrant pendant ce délai sur ces mêmes comptes.

Lorsque les comptes annuels de l'exercice au titre duquel il est demandé ont fait l'objet d'une validation avec observation en application de l'article L. 114-6, la délivrance du quitus fait l'objet d'un examen par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. En l'absence de décision de ce responsable dans le délai de six mois suivant l'expiration du délai prévu au troisième alinéa de l'article D. 253-12, le quitus est réputé octroyé à la condition qu'aucune réserve n'ait été formulée sur ces mêmes comptes par l'agent comptable entrant. Dans le cas contraire, il est fait application des dispositions prévues au premier alinéa.

Lorsque les comptes annuels de l'exercice au titre duquel il est demandé ont fait l'objet d'une certification avec ou sans réserve en application de l'article L. 114-8, la délivrance du quitus fait l'objet d'un examen par le ministre chargé de la sécurité sociale ou par le ministre chargé de l'agriculture pour les organismes de mutualité sociale agricole à compétence nationale, dans des conditions fixées par arrêté desdits ministres, au vu d'un rapport du commissaire aux comptes de l'organisme établi à cette fin. En l'absence de décision de l'un ou l'autre des ministres dans le délai de six mois suivant l'expiration du délai prévu au troisième alinéa de l'article D. 253-12, le quitus est réputé octroyé à la condition qu'aucune réserve n'ait été formulée sur ces mêmes comptes par l'agent comptable entrant. Dans le cas contraire, il est fait application des dispositions prévues au premier alinéa. ;

Le quitus peut être octroyé aux fondés de pouvoir de l'agent comptable, aux régisseurs ou aux responsables des centres agréés dans les conditions décrites au présent article, après avis favorable de l'agent comptable.

Article D122-20

Le cas échéant, simultanément à la mise en cause de la responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable, peut être conjointement mise en cause la responsabilité personnelle et pécuniaire des fondés de pouvoir, des régisseurs ou des responsables des centres agréés visés à l'article L. 122-3.

Leur responsabilité est limitée au montant de leur cautionnement ; l'agent comptable supporte le surplus de la dette non couverte.

En cas de détournement ou de malversation, leur responsabilité s'étend au montant des sommes détournées.

Les dispositions des articles D. 122-11 à D. 122-18 sont applicables aux fondés de pouvoir de l'agent comptable, aux régisseurs et aux responsables des centres agréés.

Article D122-21

Pour tous les organismes autres que ceux de la Mutualité sociale agricole, les pièces justificatives des opérations des gestions budgétaires, à l'exception de celles qui se rapportent aux gestions techniques,

ainsi que les livres, registres et documents comptables sont conservés pendant cinq ans après la clôture des comptes de l'exercice, sous réserve des délais de prescription de droit commun applicables à certaines opérations particulières.

En tout état de cause, les documents cités à l'alinéa précédent ne peuvent être détruits qu'après que l'agent comptable a obtenu quitus pour les exercices qu'ils concernent. Une instruction particulière précise les modalités de conservation des pièces originales ainsi que la nature des supports à utiliser et notamment les microformes et l'archivage électronique, compte tenu de la nature des documents à archiver.

Article D122-22

Pour tous les organismes autres que ceux de la Mutualité sociale agricole, les comptes annuels validés, accompagnés de l'avis de validation établi dans les conditions fixées à l'article D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale, seront transmis au service mentionné à l'article R. 155-1 par l'organisme local et au ministre chargé de la sécurité sociale, à sa demande, en tant que de besoin.

Article D122-23

L'agent comptable de l'organisme auquel le directeur ou le directeur général de l'organisme national a confié la réalisation de missions ou d'activités communes conformément à l'article L. 216-2-1 ou à l'article L. 221-3-1 ou auquel un directeur d'un autre organisme a délégué une mission conformément à l'article L. 216-2-2 ou à l'article L. 611-11 est chargé des opérations comptables et financières relevant de ces missions ou de ces activités.

Il est responsable personnellement et pécuniairement de ces opérations dans les conditions prévues aux articles D. 122-11 à D. 122-20.

Il peut déléguer sa signature à des agents de son propre organisme.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 3 : personnel

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 2 : Administration, fonctionnement et personnel des organismes

Chapitre 4 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 1 : Assiette et régime fiscal des cotisations

Article D131-1

Les cotisations provisionnelles dues au titre des deux premières années civiles d'activité sont calculées sur un revenu forfaitaire égal à un pourcentage de la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle ces cotisations provisionnelles sont dues, sans que ce revenu forfaitaire puisse être inférieur à l'assiette minimale mentionnée au troisième alinéa de l'article D. 612-9, en ce qui concerne la cotisation supplémentaire prévue à l'article L. 612-13, ou à celle mentionnée à l'article D. 635-12, en ce qui concerne la cotisation invalidité-décès prévue à l'article L. 635-5. Ce pourcentage est égal à 19 % au titre de la première année d'activité et à 27 % au titre de la deuxième année d'activité.

En cas de période d'affiliation inférieure à une année, le plafond servant au calcul des cotisations provisionnelles est réduit au prorata de la durée d'affiliation. Le présent alinéa n'est pas applicable au calcul des cotisations provisionnelles correspondant à la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article D. 612-9.

Ne sont assimilées à un début d'activité ni la modification des conditions d'exercice de l'activité de travailleur indépendant, ni la reprise d'activité intervenue soit au cours de l'année durant laquelle est survenue la cessation d'activité, soit au cours de l'année suivante.

Article D131-2

Pour le calcul des cotisations provisionnelles dues par les travailleurs indépendants en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2, à l'exclusion de celles dues au titre des deux premières années d'activité qui sont calculées sur la base du revenu forfaitaire mentionné à l'article D. 131-1, le revenu d'activité de l'avant-dernière année ou de la dernière année écoulée sur lequel sont assises ces cotisations est :

1° Rapporté à l'année entière, en cas de période d'affiliation incomplète au cours de l'avant-dernière année ou de la dernière année écoulée ;

2° Réduit au prorata de la durée d'affiliation, en cas de période d'affiliation incomplète au cours de l'année au titre de laquelle ces cotisations sont dues. Le présent alinéa n'est pas applicable au calcul des cotisations provisionnelles correspondant à la cotisation supplémentaire mentionnée à l'article D. 612-9.

Article D131-3

Le travailleur indépendant qui souhaite être exempté de la majoration de retard prévue au quatrième alinéa de l'article L. 131-6-2 fournit à l'organisme de sécurité sociale chargé du recouvrement tout élément de nature à justifier son estimation soit au moment de cette estimation, soit, au plus tard, le quinzième jour suivant la réception de la notification par l'organisme de sécurité sociale du montant des cotisations finalement dues sur la base des revenus connus.

Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant, le taux de la majoration de retard applicable à la différence mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 131-6-2 est de 5 % lorsque le revenu définitif est inférieur ou égal à 1,5 fois le revenu estimé de l'année considérée et de 10 % lorsque le revenu définitif est supérieur à 1,5 fois le revenu estimé de l'année considérée.

La majoration de retard est calculée et recouvrée en même temps et selon les mêmes règles que la régularisation prévue au troisième alinéa de l'article L. 131-6-2 au titre des revenus de l'année considérée. Elle peut être remise dans les conditions prévues aux articles R. 243-20 et R. 243-20-1. Cette remise peut être totale ou partielle.

Article D131-4

La demande mentionnée à l'article L. 131-6-3 est effectuée, au titre d'une année civile, auprès de la caisse mentionnée à l'article L. 611-8 et, le cas échéant, auprès des organismes mentionnés aux articles L. 641-1 et L. 723-1. Elle est formulée, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année civile précédant celle au titre de laquelle elle est exercée ou, le cas échéant, dans le délai de quinze jours suivant la date d'affiliation. Elle est tacitement reconduite chaque année civile, sauf demande contraire formulée selon les mêmes modalités que celles prévues au présent I.

II.-L'organisme mentionné à l'article L. 843-1 communique sans délai à la caisse de base mentionnée à l'article L. 611-8 et, le cas échéant, auprès des organismes mentionnés aux articles L. 641-1 et L. 723-1 les informations relatives à l'ouverture et à l'extinction du droit à la prime d'activité des personnes mentionnées à l'article L. 131-6-3.

Article D131-6-1

Pour les travailleurs indépendants mentionnés aux a et b du 1° de l'article L. 613-1, le taux mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-6-8 est fixé à :

a) Pour les travailleurs indépendants concernés par le premier seuil prévu au premier alinéa du 1 de l'article 50-0 du code général des impôts, 13,4 % ;

b) Pour les travailleurs indépendants concernés par le second seuil prévu au premier alinéa du 1 de l'article 50-0 du code général des impôts, 23,1 % ;

c) Pour les travailleurs indépendants concernés par le seuil prévu au 1 de l'article 102 ter du code général des impôts, 23,1 %.

Article D131-6-2

Pour les professionnels libéraux affiliés à la section professionnelle mentionnée au 11° de l'article R. 641-1, le taux mentionné au premier alinéa de l'article L. 133-6-8 est fixé à 23 %.

Article D131-6-3

Pour les travailleurs indépendants bénéficiant de l'exonération prévue à l'article L. 161-1-1, le taux mentionné à l'article L. 133-6-8 correspond, sans préjudice des dispositions de la dernière phrase du premier alinéa de ce même article, et après arrondi au dixième de pourcent supérieur, à une fraction des taux prévus par les articles D. 131-6-1 et D. 131-6-2 fixée à :

- a) 25 % jusqu'à la fin du troisième trimestre civil qui suit celui au cours duquel intervient la date d'effet de l'affiliation ;
- b) 50 % pour les quatre trimestres civils qui suivent la période prévue au a ;
- c) 75 % pour les quatre trimestres civils suivant la période prévue au b.

Article D131-6-4

I. - Les cotisations de sécurité sociale dues par le conjoint collaborateur du travailleur indépendant relevant des dispositions prévues au premier alinéa du I de l'article L. 133-6-8 sont calculées trimestriellement ou mensuellement en appliquant les taux mentionnés aux articles D. 131-6-1 et D. 131-6-2 à une assiette égale à un pourcentage de l'un ou l'autre des deux montants suivants, selon la demande de l'assuré :

1° Soit le chiffre d'affaires ou des recettes du travailleur indépendant ;

2° Soit le rapport entre le revenu forfaitaire mentionné au 1° de l'article D. 633-19-2 et le taux d'abattement correspondant à l'activité exercée en application des articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts.

Le pourcentage mentionné au premier alinéa est fixé à 58 % pour les professions artisanales, industrielles et commerciales et à 46 % pour les professions libérales.

II. - Les cotisations de sécurité sociale sont dues par le conjoint collaborateur à compter de la date de son affiliation. Leur première date d'exigibilité est celle de l'échéance mensuelle ou trimestrielle qui suit d'au moins quinze jours la date d'affiliation du conjoint collaborateur.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 2 : Prise en charge par l'Etat des dépenses exposées par les organismes au titre de l'interruption volontaire de grossesse

Section 1 : Prise en charge des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique

Article D132-1

Lorsqu'une interruption volontaire de grossesse est pratiquée dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique, aucune demande de paiement ne peut être présentée à l'assuré ou à l'intéressée pour les dépenses relatives :

1° Aux consultations prévues à l'article L. 2212-3, L. 2212-5, au quatrième alinéa de l'article L. 2212-7 du code de la santé publique et à la consultation pré-anesthésique prévue par l'article D. 712-40 du même code ;

2° Aux frais de soins et d'hospitalisation afférents à une interruption volontaire de grossesse ;

3° Aux frais afférents à une interruption volontaire de grossesse réalisée par un médecin dans les conditions prévues à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique.

Article D132-2

Les dépenses mentionnées à l'article D. 132-1 sont déterminées par l'application des tarifs et des prix tels qu'ils résultent du chapitre II du titre VI du livre Ier du présent code.

Article D132-3

Les dépenses mentionnées aux 1° et 2° de l'article D. 132-1 sont remboursées aux médecins autres que ceux mentionnés à l'alinéa suivant par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ces médecins sont installés.

Lorsqu'un médecin, en application de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique, a conclu une convention avec un établissement de santé, les dépenses mentionnées au 3° et, le cas échéant, au 1° de l'article D. 132-1 sont remboursées à ce médecin par la caisse primaire dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement avec lequel le médecin a passé convention.

Les documents nécessaires au remboursement de ces dépenses sont anonymes. Ils sont envoyés par le professionnel de santé ou l'établissement à la caisse primaire d'assurance maladie définie aux deux premiers alinéas. Celle-ci procède, chaque trimestre, au vu des documents qui lui ont été envoyés, au remboursement de ces dépenses pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article D132-4

Les dépenses mentionnées aux 1° et 2° de l'article D. 132-1 sont remboursées à l'établissement de santé lorsque son financement ne relève pas de la dotation globale prévue à l'article L. 174-1 par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle cet établissement est implanté.

Les documents nécessaires au remboursement de ces dépenses sont envoyés par l'établissement au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie qui procède à leur anonymisation avant de les transmettre à la caisse. Celle-ci procède, chaque trimestre, au vu des documents qui lui ont été envoyés, au remboursement de ces dépenses pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article D132-5

Les documents nécessaires au dénombrement des interruptions volontaires de grossesse pratiquées par un établissement relevant de l'article L. 174-1 sont envoyés par l'établissement au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle est implanté l'établissement, qui procède à leur anonymisation.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 3 : Recouvrement des cotisations, versement et recouvrement des prestations

Article D133-1

Le montant visé à l'article L. 133-3 en deçà duquel les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont autorisés à abandonner la mise en recouvrement de leurs créances à l'égard des cotisants est fixé à 1,27 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur.

Le montant visé à l'article L. 133-3 en deçà duquel les organismes chargés du recouvrement des cotisations sont autorisés à acquérir définitivement les créances détenues à leur égard par les cotisants, constatées dans les écritures d'un agent comptable de ces organismes et provenant de trop-perçus de cotisations, de majorations ou de pénalités de retard, est fixé à 1,27 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur. Cette acquisition ne peut intervenir avant l'expiration d'un délai de douze mois à compter de la date à laquelle lesdites cotisations, majorations ou pénalités de retard ont été acquittées.

Les dispositions des deux alinéas précédents sont applicables aux cotisations et contributions sociales des personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales, recouvrées par le régime social des indépendants. Les sommes mentionnées au deuxième alinéa sont définitivement acquises à la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Article D133-2

Le montant visé à l'article L. 133-3 en deçà duquel les organismes chargés du versement des prestations de sécurité sociale sont autorisés à abandonner la mise en recouvrement des indus de prestations de sécurité sociale versés à leurs assurés ou constatés à l'égard de tiers est fixé à 0,68 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur.

Sous réserve des dispositions des articles D. 542-7, D. 543-2 et D. 755-25, le montant visé à l'article L. 133-3 en deçà duquel les organismes chargés du versement des prestations de sécurité sociale sont autorisés à différer le paiement des créances constatées dans les écritures d'un agent comptable de ces organismes et provenant d'une insuffisance ou d'un non-versement de prestation est fixé à 0,68 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur. Le versement différé doit intervenir au plus tard à la fin de l'exercice comptable en cours.

Article D133-2-1

L'admission en non-valeur des créances non prescrites autres que les cotisations de sécurité sociale ou impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil ou le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale chargé du paiement des prestations.

Elle ne peut être prononcée moins d'un an après la date d'émission de l'ordre de recette et seulement en cas d'insolvabilité du débiteur, de disparition ou de décès du débiteur ne laissant aucun actif saisissable ou de clôture des opérations de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif.

Pour les créances inférieures à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture, l'admission en non-valeur ne peut être prononcée moins d'un an après l'envoi de la mise en demeure, dès lors que les frais de recouvrement contentieux atteignent ce montant.

Lorsque le jugement de clôture pour insuffisance d'actif n'est pas prononcé dans un délai d'un an après la date d'émission de l'ordre de recette, l'organisme de sécurité sociale chargé du paiement des prestations peut prononcer l'admission en non-valeur au vu d'une simple attestation du liquidateur d'une clôture prochaine pour insuffisance d'actif sans possibilité de distribution de dividendes, la clôture n'étant pas différée en raison de l'existence d'une procédure de répartition en cours.

Article D133-3

Le montant du plafonnement prévu au troisième alinéa de l'article L. 133-4-2 est fixé à 45 000 euros.

Article D133-4

Le solde éventuel de cotisations mentionné au III de l'article L. 133-6-4 et dû à un même organisme local ainsi que celui mentionné à l'article L. 133-6-8-3 sont affectés aux cotisations, dans l'ordre de priorité suivant :

- la cotisation d'assurance maladie maternité ;
- la cotisation mentionnée à l'article L. 612-13 ;
- la cotisation d'assurance vieillesse de base ;
- la cotisation d'assurance invalidité-décès ;
- la cotisation d'assurance vieillesse complémentaire ;

-la cotisation d'allocations familiales.

Cette affectation s'applique aux cotisations dues au titre de la dernière échéance puis à celles dues au titre des échéances antérieures, en remontant de la plus ancienne à la plus récente.

Le reliquat est ensuite affecté à la contribution à la formation professionnelle mentionnée à l'article L. 6331-48 du code du travail et, le cas échéant, à la taxe pour frais de chambre consulaire mentionnée aux articles 1600 A et 1601-0 A du code général des impôts.

Article D133-4-1

La caisse mentionnée à l'article L. 174-6 ou à l'article L. 174-8 reverse aux différents organismes d'assurance maladie concernés les sommes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 133-4-4 au plus tard dans les trois mois qui suivent la date de leur récupération.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 3 bis : Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations

Section 1 : Modernisation et simplification des formalités au regard des entreprises

Sous-section 1 : Titre emploi-service entreprise

Article D133-5

Les organismes habilités à proposer le service " titre emploi-service entreprise " conformément aux articles L. 1273-1 à L. 1273-7 du code du travail sont, dans les conditions fixées par la présente sous-section et par les articles D. 1273-1 à D. 1273-8 du code du travail :

1° Les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ;

2° Les centres nationaux de traitement du titre emploi-service entreprise gérés par des organismes de recouvrement du régime général de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Pour cette mission, l'organisme de recouvrement gestionnaire d'un centre national de traitement adhère à une convention avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article D133-6

Sur la base des informations communiquées, chaque mois, par l'employeur, le centre national de traitement du titre emploi-service entreprise compétent pour le secteur professionnel auquel appartient l'employeur calcule les cotisations et contributions sociales créées par la loi et les cotisations et contributions conventionnelles rendues obligatoires par celle-ci et établit le bulletin de paie mentionné à l'article D. 1273-6 du code du travail.

Le centre national de traitement notifie à l'employeur un décompte des cotisations et contributions dues, au plus tard le dixième jour du mois qui suit celui de la réception de la déclaration mensuelle.

Article D133-6-1

L'employeur transmet les informations mentionnées à l'article D. 133-6 au moyen d'un volet social qui comporte les mentions suivantes :

1° Mentions relatives au salarié :

- a) Les nom et prénom ;
- b) Le numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques ou, à défaut, la date de naissance ;

2° Mentions relatives à l'activité exercée et à la rémunération :

- a) La période d'emploi ;
- b) Le nombre de jours ou d'heures rémunérés ;
- c) Les éléments constituant la rémunération, avec une option pour la déclaration de leur montant en brut ou en net ;
- d) La base forfaitaire retenue, le cas échéant ;
- e) Les dates de congés et, le cas échéant, le montant de l'indemnité de congés payés ;
- f) Le cas échéant, le total des jours d'absence ainsi que le détail, par nature, de ces absences ;
- g) Le montant des frais professionnels, le cas échéant ;

3° Date de paiement de la rémunération et signature de l'employeur.

L'employeur est responsable du caractère exact et complet du volet social qu'il communique au Centre national de traitement du titre emploi-service entreprise.

La communication est effectuée dans les délais suivants :

- a) Pour les salariés mentionnés au 1° de l'article L. 1273-2 du code du travail, avant le vingt-cinquième jour du mois d'activité du salarié concerné. Toutefois, lorsque le contrat de travail du salarié débute après le 21 du mois, le premier volet social peut être envoyé dans les cinq jours suivant la date du début de ce contrat ;
- b) Pour les salariés mentionnés au 2° du même article, au plus tard dans les huit jours ouvrés suivant le versement de la rémunération.

Dans tous les cas, la période d'emploi déclarée sur le volet social ne peut couvrir une période excédant le mois civil.

Article D133-7

L'organisme de recouvrement du régime général de la sécurité sociale territorialement compétent est habilité à recouvrer et contrôler les cotisations et contributions dues par l'employeur qui recourt au titre emploi-service entreprise.

Article D133-8

A défaut de l'accord prévu à l'article L. 133-5-2, la transmission des déclarations des employeurs qui recourent au titre emploi-service entreprise et la répartition de leurs versements de cotisations et contributions sont régies par les dispositions du présent article.

Ces opérations de transmission et de répartition ne donnent pas lieu à perception de frais de gestion.

Les cotisations et contributions versées par les employeurs aux organismes de recouvrement habilités au bénéfice des régimes dont relèvent ces employeurs sont centralisées mensuellement sur un compte ouvert dans les écritures de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au profit des organismes nationaux pour le compte desquels ces cotisations et contributions sont recouvrées.

Dans les quinze premiers jours de chaque mois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met à disposition des organismes nationaux mentionnés à l'alinéa précédent une provision égale à 95 % du montant des cotisations et contributions recouvrées pour leur compte au cours du mois précédent. Le versement de régularisation intervient dans les deux mois suivant la mise à disposition de la provision.

Sous-section 2 : Déclaration annuelle des données sociales

Article D133-9

Les employeurs mentionnés à l'article L. 133-5-4 souscrivent auprès de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, au plus tard le 31 janvier de chaque année, la déclaration annuelle des données sociales relative aux rémunérations versées au cours de l'année précédente par voie électronique, selon la norme d'échanges établie dans les conditions prévues à l'article R. 133-11.

Le Centre national de transfert des données sociales mentionné à l'article D. 133-9-5, les institutions chargées de la gestion d'un régime de retraite complémentaire obligatoire en application du chapitre Ier du titre II du livre IX et les organismes chargés de la gestion d'un régime de protection sociale complémentaire institué en application de l'article L. 911-1 déterminent, de façon concertée et coordonnée, les modalités de collecte, à la même date et selon la même norme d'échanges, des déclarations annuelles accomplies auprès d'eux. Ils prévoient, notamment, la possibilité de réaliser l'ensemble de ces déclarations en une seule transmission.

A défaut d'utiliser la voie électronique, la déclaration annuelle des données sociales est souscrite au moyen d'un formulaire adressé à l'organisme chargé localement de la gestion du risque vieillesse du régime général de sécurité sociale dans la circonscription duquel est situé chaque établissement de l'employeur.

Article D133-9-1

Au moyen de la déclaration annuelle des données sociales, sont accomplies :

-la déclaration des rémunérations versées aux salariés prévue par l'article R. 243-14 destinée aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale ;

-la déclaration de traitements, émoluments, salaires ou autres rétributions imposables prescrites à l'article 87 du code général des impôts ;

-la déclaration des commissions, courtages, ristournes, honoraires, droits d'auteurs, rémunérations d'associés et parts de bénéficiaires et autres versements prévue aux articles 240 et 241 du code général des impôts ;

- la déclaration relative à la formation professionnelle continue et la déclaration relative à la taxe d'apprentissage prévues à l'article 39 de l'annexe III du code général des impôts ;
- la déclaration relative à la participation des employeurs à l'effort de construction prévue à l'article 161 de l'annexe II du code général des impôts ;
- la déclaration de départ des salariés de l'entreprise mentionnée à l'article L. 1221-18 du code du travail ;
- la déclaration nécessaire à l'établissement des listes électorales prud'homales prévue à l'article L. 1441-8 du code du travail ;
- la déclaration relative à l'emploi obligatoire des travailleurs handicapés, mutilés de guerre et assimilés prévue à l'article L. 5212-5 du code du travail, pour les informations mentionnées au 1° de son article R. 5212-1 ;
- l'attestation d'activité salariée relative à l'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maladie produite en application de l'article R. 313-2 du code de la sécurité sociale ;
- la déclaration annuelle des rémunérations prévue par l'article 6 bis du décret n° 70-1277 du 23 décembre 1970 portant création d'un régime de retraites complémentaire des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques ;
- la déclaration annuelle des rémunérations prévue par l'article 6 du décret n° 2007-173 du 7 février 2007 relatif à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;
- la déclaration prévue par l'article 4 du décret n° 50-783 du 24 juin 1958 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi n° 49-1097 du 2 août 1949 portant réforme du régime des pensions des personnels de l'Etat tributaires de la loi du 21 mars 1928 ;
- la déclaration prévue par l'article 3 du décret n° 85-885 du 12 août 1985 modifiant la composition de la commission instituée par l'article L. 413-14 du code des communes et modifiant les modalités de fonctionnement du Fonds national de compensation institué par l'article L. 413-13 du même code et à l'article 3 du décret n° 85-886 du 12 août 1985 pris pour l'application de l'article 106 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux modalités de la compensation du supplément familial de traitement alloué aux fonctionnaires à temps non complet ;
- la déclaration mentionnée à l'article 15 du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique ;
- la déclaration annuelle des salaires adressée à la Caisse nationale des barreaux français par les employeurs d'avocats salariés ;
- la déclaration annuelle mentionnée à l'article R. 382-94 du présent code ;
- la déclaration prévue par l'article 8 du décret n° 2007-1796 du 19 décembre 2007 relatif à la cotisation et à la contribution dues pour la couverture des charges de pensions et allocations temporaires d'invalidité des fonctionnaires de l'Etat, des magistrats et des militaires détachés ainsi que des agents des offices ou établissements de l'Etat dotés de l'autonomie financière ;
- la déclaration annuelle des salaires adressée par les employeurs de personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile à la caisse mentionnée à l'article L. 426-5 du code de l'aviation civile ;
- la déclaration prévue à l'article R. 914-99 du code de l'éducation au titre du régime additionnel de retraite des personnels enseignants et de documentation ;

-la déclaration relative au bonus exceptionnel versé en application de l'article 3 de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

Article D133-9-2

Les données des déclarations annuelles des données sociales sont traitées par les organismes mentionnés aux premier et troisième alinéas de l'article D. 133-9.

Ces données sont transférées, dans les conditions définies par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, aux administrations et organismes destinataires suivants, selon leurs compétences respectives :

-les organismes chargés du recouvrement des cotisations et des contributions sociales du régime général de sécurité sociale : unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) ;

-la direction générale des finances publiques (DGFIP) ;

-la direction générale du travail (DGT) ;

-l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ;

-le service des retraites de l'Etat (SRE) ;

-les organismes mentionnés aux articles L. 215-1 et L. 752-4 chargés de la gestion de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale : caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) ;

-les organismes chargés de la gestion du risque maladie du régime général de la sécurité sociale : caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) ;

-les organismes chargés de la tarification du risque d'accident du travail du régime général de sécurité sociale : caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et caisses générales de sécurité sociale (CGSS) ;

-l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités territoriales (IRCANTEC) ;

-la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) ;

-le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE) ;

-les fonds nationaux de compensation du supplément familial de traitement (FNC) ;

-l'établissement de retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP) ;

-la caisse de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (CRPNPAC) ;

-la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer (CPRPSNCF) ;

-l'organisme gestionnaire du régime additionnel de retraite des personnels enseignants et de documentation mentionnés aux articles L. 914-1 du code de l'éducation et L. 813-8 du code rural et de la pêche maritime : régime additionnel de retraite des maîtres de l'enseignement privé sous contrat avec l'Etat (RAEP) ;

-la Caisse nationale des barreaux français (CNBF) ;

-la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) ;

-Pôle emploi ;

-le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ;

-l'association mentionnée à l'article L. 5214-1 du code du travail (AGEFIPH) ;

-l'Agence de services et de paiement (ASP).

Article D133-9-3

Les organismes mentionnés aux premier et troisième alinéas de l'article D. 133-9 s'assurent de la conformité des déclarations annuelles des données sociales reçues au cahier technique de la norme servant à accomplir cette déclaration et au formulaire prévus au II de l'article L. 133-5-4. Ils ne conservent les données de ces déclarations que pendant le temps nécessaire à leur traitement, sans que ce délai puisse excéder trois mois.

Article D133-9-4

Les déclarations mentionnées à l'article D. 133-9-1 sont réputées remises aux administrations et organismes mentionnés à l'article D. 133-9-2 à la date de réception de la déclaration annuelle des données sociales. Ces administrations et organismes sont seuls compétents pour apprécier la validité des déclarations et informations transmises les concernant.

Le droit d'accès institué par l'article 39 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée s'exerce auprès de ces administrations et de ces organismes.

Article D133-9-5

Le Centre national de transfert des données sociales, institué au sein de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, organise le transfert des données mentionné à l'article D. 133-9-2. Il veille à la qualité, d'une part, des informations déclarées par les employeurs et, d'autre part, des informations retransmises aux destinataires.

Un comité de gestion, composé d'un représentant de chaque administration et organisme mentionné à l'article D. 133-9-2, veille au fonctionnement de la collecte et du transfert des données de la déclaration annuelle des données sociales et en rend compte aux ministres chargés du budget et de la sécurité sociale. Il valide le budget relatif à ce transfert et sa répartition. Il statue sur le calendrier des échanges entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse et les destinataires.

L'organisation du comité de gestion et les modalités de répartition du budget sont précisées par une convention conclue entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse et les administrations et organismes mentionnés à l'article D. 133-9-2.

Sous-section 3 : Dématérialisation de la déclaration et du paiement des cotisations et contributions sociales

Article D133-10

I.-Les employeurs privés redevables de cotisations et contributions sociales d'un montant supérieur à 20 000 euros au titre de l'année civile précédente sont tenus d'effectuer par voie dématérialisée les déclarations et le paiement de celles-ci.

Le seuil mentionné ci-dessus est apprécié en tenant compte des prélèvements recouverts par l'organisme assurant le recouvrement des cotisations et contributions sociales. En revanche, ne sont pas prises en compte les éventuelles majorations et pénalités prévues aux articles L. 133-5-5, R. 243-16 et R. 243-18 du présent code et aux articles R. 741-22 et R. 741-23 du code rural et de la pêche maritime.

II.-Lorsque le montant des cotisations et contributions sociales défini au I est supérieur à 7 millions d'euros au titre d'une année civile, le mode de paiement est le virement bancaire. Dans ce cas, l'ordre de virement est accompagné de références dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D133-11

I.-La méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée prévue au I de l'article D. 133-10 entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée.

II.-La méconnaissance de l'obligation de versement dématérialisé prévue au I de l'article D. 133-10 ou la méconnaissance des modalités de paiement définies au II du même article entraînent l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement.

Sous-section 4 : Chèque-emploi associatif

Article D133-12

I.-Les employeurs publics redevables de cotisations et contributions sociales d'un montant supérieur à 50 000 euros au titre de l'année civile précédente sont tenus d'effectuer par voie dématérialisée les déclarations et le paiement de celles-ci. Le mode de paiement est le virement bancaire.

II.-Le seuil mentionné au I est apprécié en tenant compte des prélèvements recouverts par l'organisme assurant le recouvrement des cotisations et contributions sociales. En revanche, ne sont pas prises en compte les éventuelles majorations et pénalités prévues aux articles L. 133-5-5, R. 243-16 et R. 243-18.

III.-La méconnaissance des obligations de déclaration ou de versement dématérialisées prévues au présent article entraîne l'application d'une majoration selon les mêmes modalités que celles prévues respectivement aux I et II de l'article D. 133-11.

Article D133-13-1

Lorsque l'organisme de recouvrement constate que la condition d'effectif n'est pas remplie ou cesse de l'être, ou qu'un salarié n'a pas donné son accord à l'utilisation du chèque-emploi associatif prévu à l'article L. 1272-1 du code du travail, il notifie à l'employeur l'impossibilité pour lui d'utiliser ce dispositif pour le ou les salariés intéressés tant que la condition méconnue n'est pas satisfaite.

Article D133-13-2

Le volet social du chèque-emploi associatif prévu au 1° de l'article D. 1272-1 du code du travail comporte les mentions suivantes :

1° Mentions relatives au salarié :

- a) Nom et prénom ;
- b) Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques et date de naissance ;

2° Mentions relatives à :

- a) La rémunération et aux différents éléments qui la constituent ;
- b) La période d'emploi ;
- c) L'application, le cas échéant, d'une base forfaitaire pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale ;

3° La date de paiement du salaire et la signature de l'employeur.

Article D133-13-3

Le Centre national du chèque-emploi associatif, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, assure :

- 1° Le calcul de l'ensemble des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle ;
- 2° L'établissement des attestations d'emploi destinées aux salariés embauchés et rémunérés par le chèque-emploi associatif.

Article D133-13-4

Les cotisations et contributions dues au titre de l'utilisation du chèque-emploi associatif sont recouvrées et contrôlées par l'organisme de recouvrement du régime général de sécurité sociale territorialement compétent.

Le recouvrement est réalisé sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.

Article D133-13-5

Le Centre national du chèque-emploi associatif adresse à l'association le volet d'identification du salarié prévu au 2° de l'article D. 1272-1 du code du travail.

Article D133-13-6

L'association employeur adresse au Centre national du chèque-emploi associatif les documents prévus dans les conditions suivantes :

1° Le volet d'identification du salarié, dans le délai indiqué au premier alinéa de l'article R. 1221-5 du code du travail ;

2° Le volet social, au plus tard dans les huit jours ouvrés suivant le versement de la rémunération.

Article D133-13-7

Le Centre national du chèque-emploi associatif communique à l'organisme de recouvrement dont relève l'employeur, ainsi qu'à ce dernier, le calcul qu'il a effectué des contributions et cotisations dues.

Dans les cinq jours ouvrés qui suivent la réception du volet social, le Centre national du chèque-emploi associatif délivre au salarié une attestation d'emploi destinée à justifier ses droits aux prestations de sécurité sociale, aux prestations prévues à l'article L. 5421-2 du code du travail et aux prestations des régimes de retraite complémentaire et de prévoyance.

L'attestation d'emploi comporte les mentions figurant sur le bulletin de paie prévues aux articles R. 3243-1 à R. 3243-5 du code du travail. Elle se substitue à la remise du bulletin de paie par l'employeur.

Article D133-13-8

L'organisme de recouvrement dont relève l'association accomplit, sur le compte bancaire désigné par celle-ci, le prélèvement automatique des contributions et cotisations sociales décomptées, le douzième jour du mois civil suivant celui au cours duquel les sommes dues ont été notifiées.

Article D133-13-9

L'établissement et l'envoi du volet d'identification du salarié et du volet social ainsi que l'établissement et l'envoi de la demande d'adhésion peuvent être accomplis par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

L'utilisation de cette procédure ne dispense pas l'employeur de l'obligation de signature prévue au 3° de l'article D. 1272-5 du code du travail.

Article D133-13-10

Une convention conclue entre, d'une part, le ministre chargé de la sécurité sociale, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun des établissements de crédit, institutions ou services mentionnés à l'article L. 1272-5 du code du travail fixe les obligations réciproques des parties.

Article D133-13-11

Les modalités de diffusion des informations et de répartition des versements aux régimes intéressés font l'objet de conventions entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les organismes nationaux gérant ces régimes.

Ces conventions fixent également le délai de conservation des informations recueillies et des formulaires reçus par le Centre national du chèque-emploi associatif, ainsi que les modalités de prise en charge des

dépenses exposées par lui pour l'exécution de ses missions, en prenant en compte notamment le montant des contributions et cotisations reversées.

Article D133-13-12

L'utilisation du chèque-emploi associatif vaut déclaration auprès de l'ensemble des administrations ou organismes intéressés au titre des articles R. 243-10, R. 243-13, R. 243-14 et R. 312-4 du présent code et de l'article 87 du code général des impôts. Elle satisfait également aux obligations de déclaration prescrites par les institutions mentionnées au livre IX du présent code.

Pour les associations relevant du régime agricole, l'utilisation du chèque-emploi associatif vaut déclaration auprès de l'ensemble des administrations ou organismes intéressés au titre des dispositions du code du travail et du code général des impôts, mentionnées à l'alinéa précédent ainsi que des articles R. 722-35, R. 741-2, R. 741-5 et R. 741-15 du code rural et de la pêche maritime, et vaut déclaration aux institutions prévues à l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime.

Section 2 : Modernisation et simplification des formalités au regard des travailleurs indépendants

Sous-section 1 : Interlocuteur social unique

Article D133-15

Les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales dont le compte cotisant présente auprès du régime social des indépendants un solde débiteur inférieur ou égal au montant fixé par le premier alinéa de l'article D. 133-1 peuvent ne pas faire l'objet d'une mise en demeure. Le droit aux prestations maladie en espèces leur est ouvert au titre de l'échéance en cours.

Article D133-16

Les frais de versement et de recouvrement des cotisations et contributions sociales auprès du régime social des indépendants sont à la charge de la partie payante.

Sous-section 2 : Dématérialisation de la déclaration et du paiement des cotisations et contributions sociales

Article D133-17

I. - Pour les travailleurs indépendants mentionnés au II de l'article L. 133-6-7-2, les obligations prévues au I de cet article s'imposent lorsque leur dernier revenu d'activité connu excède un montant égal à un pourcentage de la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale, tel que prévu à l'article L. 241-3, en vigueur au 1er janvier de l'année civile en cours. En cas de période d'affiliation inférieure à une année, cette valeur est réduite au prorata de la durée d'affiliation.

Le pourcentage mentionné à l'alinéa précédent est égal à 20 %.

II. - Pour les travailleurs indépendants mentionnés au premier alinéa du III de l'article L. 133-6-7-2, les obligations prévues au I de cet article s'imposent lorsque leur dernier chiffre d'affaires annuel déclaré ou leurs dernières recettes annuelles déclarées excèdent un montant égal à un pourcentage du seuil fixé au premier alinéa du 1 des articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts. Ce pourcentage est égal à 50 %.

La valeur du seuil fixé au premier alinéa du 1 des articles 50-0 et 102 ter susmentionnés est celle en vigueur l'année au titre de laquelle les cotisations et contributions sociales sont dues. En cas de période d'affiliation inférieure à une année, cette valeur est réduite au prorata de la durée d'affiliation.

Article D133-17-1

La méconnaissance des obligations de déclaration dématérialisée ou de versement dématérialisé mentionnées à l'article D. 133-17 entraîne l'application des majorations fixées à l'article D. 133-11.

Section 3 : Modernisation et simplification des formalités au regard des particuliers employeurs

Sous-section 1 : Chèque emploi-service universel

Article D133-18

Les particuliers employeurs qui ont l'obligation de déclarer au Centre national de traitement du chèque emploi-service universel les salariés qu'ils rémunèrent avec des chèques emploi-service universels doivent accepter d'acquitter les contributions et les cotisations sociales par prélèvement sur leur compte.

Article D133-19

Le volet social du chèque emploi-service universel prévu à l'article L. 133-8 comporte les mentions suivantes :

1° Mentions relatives à l'employeur :

a) Nom, prénom et adresse ;

b) Références bancaires ;

2° Mentions relatives au salarié :

a) Nom, nom d'époux et prénom ;

b) Numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques ou date et lieu de naissance du salarié ;

c) Adresse ;

3° Mentions relatives à l'emploi et aux cotisations :

a) Nombre d'heures de travail effectuées ;

b) Période d'emploi ;

c) Salaires horaire et total nets versés ;

d) Date de versement du salaire si elle est différente de celle mentionnée au 4° ;

e) Dans le cas où l'établissement du volet social se fait par voie dématérialisée et où le nombre d'heures de travail inscrites au contrat excède pour un employeur donné trente-deux heures par mois, option annuelle retenue pour la période conventionnelle de congés payés : indemnité égale à un dixième de la rémunération brute versée mensuellement ou indemnité déterminée dans les conditions prévues par l'article L. 3141-22 du code du travail ;

4° Date et signature de l'employeur.

Article D133-20

Le volet social du chèque emploi-service universel est adressé par l'employeur à un organisme de recouvrement de sécurité sociale, désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, au plus tard dans les quinze jours suivant la fin du mois au cours duquel le salarié a effectué sa prestation. Pour la gestion des missions mentionnées au présent article, l'organisme de recouvrement adhère à une convention établie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Cet organisme assure le calcul et le recouvrement des contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle. Il délivre une attestation d'emploi permettant au salarié de justifier de ses droits aux prestations de sécurité sociale, d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Il délivre également une attestation annuelle permettant à l'employeur de justifier de son droit à la réduction d'impôt prévue par l'article 199 sexdecies du code général des impôts.

Lorsque le particulier employeur bénéficie de l'allocation prévue au I de l'article L. 531-5, et par dérogation aux dispositions du présent article, l'emploi doit être déclaré selon les modalités prévues à l'article L. 531-8. Lorsque l'employeur bénéficie de l'une des allocations prévues aux articles L. 841-1 et L. 842-1, en vertu de la réglementation applicable avant le 1er janvier 2004, l'emploi doit être déclaré selon les modalités prévues aux articles L. 841-4, L. 842-4, D. 841-2 et D. 842-4, dans leur rédaction en vigueur avant cette même date.

Lorsque le particulier employeur bénéficie de la prise en charge de tout ou partie de ses cotisations et contributions sociales dans les conditions prévues à l'article L. 133-8-3, l'organisme chargé du recouvrement calcule, à réception du volet social mentionné à l'article D. 133-19, la part des cotisations et contributions faisant l'objet de cette prise en charge et en reçoit paiement de la part du département qui sert l'allocation, préalablement au paiement des cotisations et contributions dues, le cas échéant, par l'employeur. Une

convention type, approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, entre l'organisme de recouvrement mentionné au premier alinéa et chaque département précise les modalités de mise en œuvre.

Article D133-21

Les taux et l'assiette des cotisations de sécurité sociale sont ceux en vigueur dans le département de résidence de l'employeur au jour de la réception du volet social du chèque emploi-service universel.

Article D133-22

Les volets sociaux des chèques emploi-service universel reçus jusqu'au quinzième jour du mois civil donnent lieu à prélèvement automatique des contributions et cotisations sociales le dernier jour du mois suivant, sur le compte désigné par l'employeur.

Toutefois, lorsqu'il est fait application de la prise en charge mentionnée au dernier alinéa de l'article D. 133-20, le paiement par le particulier employeur et par le département de la part des cotisations et contributions sociales à la charge de chacun d'eux a lieu le dernier jour du deuxième mois suivant la réception du volet social.

Article D133-23

Lorsque le volet social du chèque emploi-service universel n'est pas adressé dans le délai prescrit à l'article D. 133-20, il est fait application des articles R. 243-16 et R. 243-19 à R. 243-20.

Lorsque le prélèvement des cotisations sociales dues au titre de l'utilisation du chèque emploi-service universel n'est pas honoré, il est fait application des dispositions des articles R. 243-18, R. 243-19 à R. 243-20, R. 243-20-3 et R. 243-21.

Article D133-24

Les émetteurs de chèques emploi-service universel mentionnés à l'article D. 1271-8 du code du travail communiquent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les informations nécessaires à la vérification de la déclaration régulière des salariés mentionnés au 1° de l'article L. 1271-1 du code du travail.

Section 4 : Modernisation et simplification des formalités au regard des employeurs non établis en France

Article D133-25

I. # L'organisme de recouvrement du régime général désigné en application de l'article R. 243-8-1 est l'interlocuteur unique des employeurs non établis en France pour le recouvrement des contributions et cotisations sociales.

II. # Lorsque l'employeur est une entreprise qui ne comporte pas d'établissement en France et qu'il opte pour l'utilisation d'un titre-emploi, les dispositions des articles D. 133-6 à D. 133-8 et R. 243-6-4 du présent code

lui sont applicables et le versement des cotisations et contributions sociales est effectué par virement ou prélèvement bancaire.

Si l'employeur est un particulier qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et qu'il opte pour l'utilisation d'un titre-emploi, les dispositions des articles D. 133-18 à D. 133-23 lui sont applicables.

Article D133-26

Lorsque le particulier mentionné au II de l'article D. 133-25 opte pour l'utilisation d'un titre-emploi et que le séjour de son salarié en France n'excède pas une durée de trois mois sur une période de six mois au sens de l'article 2 du règlement (CE) n° 810/2009 du Parlement européen et du Conseil du 13 juillet 2009 établissant un code communautaire des visas, les cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi de ce salarié peuvent être payées de manière forfaitaire et antérieurement à la période d'emploi, sous les conditions suivantes :

1° La rémunération horaire brute du salarié ne doit pas excéder une fois et demie la valeur horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance ;

2° L'employeur joint au volet social prévu à l'article D. 133-19 du présent code une copie de l'autorisation provisoire de travail de son salarié lorsque ce dernier relève des dispositions du 13° de l'article R. 5221-3 du code du travail ou, à défaut, une copie de son propre titre de séjour.

Lorsqu'il est fait application du dispositif de paiement anticipé des cotisations prévu au premier alinéa du présent article, les cotisations et contributions sociales dues sont calculées sur la base d'une assiette égale au produit de huit fois la valeur horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance en vigueur au jour où l'employeur adresse le volet social prévu à l'article D. 133-19 par le nombre de jours calendaires que comporte la période de séjour en France du salarié ou de l'employeur figurant sur les documents mentionnés au 2° du présent article. Le versement de ces cotisations et contributions est effectué par carte bancaire.

Dans tous les autres cas, elles sont dues dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 et au II de l'article D. 133-25 du présent code.

Article D133-27

Les taux et l'assiette des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs non établis en France et utilisant un titre-emploi sont ceux en vigueur dans le département où travaille le salarié au jour de la réception du volet social prévu à l'article D. 133-6-1 si l'employeur est une entreprise ou à l'article D. 133-19 s'il s'agit d'un particulier employeur.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 4 : Relations inter-régimes

Section 1 : Compensation généralisée vieillesse.

Article D134-2

La compensation prévue à l'article L. 134-1 est calculée entre les régimes de salariés sur la base d'un régime unique fictif versant à chaque titulaire d'une pension de droit direct, âgé d'au moins soixante-cinq ans, une pension de référence égale à la pension moyenne la plus basse parmi celles versées par les régimes concernés à leurs retraités remplissant les mêmes conditions. Le calcul de la pension de référence se fait après déduction des prestations prises en charge par le fonds mentionné au chapitre V du titre III du livre Ier du présent code. Le financement est assuré par une cotisation proportionnelle au salaire plafonné de chacun des cotisants. Concernant les effectifs mentionnés au dernier alinéa de l'article D. 134-4, le salaire plafonné est égal à l'assiette forfaitaire fixée au troisième alinéa de l'article R. 135-16. Le taux de cotisation de référence est égal au produit de l'effectif des retraités d'au moins soixante-cinq ans titulaires d'une pension de droit direct de l'ensemble des régimes concernés par la prestation de référence, rapporté à la masse salariale sous plafond des ressortissants de l'ensemble desdits régimes. Les effectifs sont appréciés au 1er juillet de l'année considérée.

Le solde de la compensation est égal, pour chaque régime, à la différence entre le produit de la cotisation proportionnelle et le montant des prestations calculées sur la base du régime fictif, définis au deuxième alinéa ci-dessus.

Article D134-3

Pour le calcul de la compensation démographique instituée par l'article L. 134-1 entre les régimes de salariés pris dans leur ensemble, d'une part, et chacun des régimes de non-salariés, d'autre part, il faut entendre par :

1° Prestation de référence : la prestation la plus basse entre la prestation moyenne des régimes de salariés pris dans leur ensemble et la prestation moyenne de chacun des régimes de non-salariés mentionnés ci-dessus dont l'effectif des retraités titulaires de droits propres âgés de soixante-cinq ans ou plus dépasse au total 100 000 personnes au 1er juillet de l'année considérée. Cette prestation correspond au montant moyen annuel, par bénéficiaire, de l'ensemble des prestations versées aux retraités de droit direct âgés d'au moins soixante-cinq ans, déduction faite des prestations prises en charge par le fonds mentionné au chapitre V du titre III du livre Ier du présent code.

2° Cotisation moyenne : la cotisation théorique uniforme qui devrait être versée par chaque cotisant actif de l'ensemble des régimes pour financer la prestation de référence.

Article D134-4

Est considérée comme cotisant actif toute personne quel que soit son âge, exerçant une activité professionnelle, assujettie à un régime obligatoire de sécurité sociale et qui verse personnellement ou pour laquelle est versée une cotisation.

Ne sont pas considérés comme des cotisants actifs :

1°) les affiliés mentionnés aux sections 3 et 5 du chapitre 1er du titre VIII du livre III ;

2°) les assurés volontaires ;

3°) les assujettis exonérés ou dispensés totalement du versement des cotisations.

Sont néanmoins considérés comme cotisants actifs les effectifs dont les cotisations sont prises en charge par le fonds mentionné au chapitre V du titre III du livre Ier du présent code.

Article D134-5

Les soldes de la compensation démographique mentionnée à l'article D. 134-3 sont déterminés pour l'ensemble des régimes de salariés, d'une part, et pour chacun des régimes de non salariés, d'autre part, par la différence entre le produit du nombre de leurs cotisants actifs par la cotisation moyenne définie au 2° de l'article D. 134-3 et le produit du nombre de leurs bénéficiaires par la prestation de référence.

Le solde résultant pour l'ensemble des régimes de salariés de la compensation démographique tel qu'il ressort du calcul défini à l'article D. 134-3 est réparti entre ces régimes au prorata des masses salariales sous plafond de leurs ressortissants respectifs.

Les bénéficiaires, au sens du présent article, sont les assurés âgés d'au moins soixante-cinq ans percevant un avantage au titre d'un droit propre.

Les effectifs concernés sont appréciés au 1er juillet de l'année considérée.

En cas d'affiliation multiple, les cotisants actifs et les bénéficiaires sont comptés simultanément dans chaque régime pour une unité.

Article D134-6

Les arrêtés interministériels prévus à l'article L. 134-1 sont pris conjointement par le ministre chargé de la sécurité sociale, et le ministre chargé du budget.

Article D134-7

Les sommes correspondant aux soldes positifs de la compensation sont versées par les organismes nationaux des régimes débiteurs à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Celle-ci reverse aux organismes nationaux des régimes créanciers les sommes correspondant aux soldes négatifs.

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les dates et les montants des acomptes et des régularisations au titre de ces compensations.

Article D134-8

Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale du régime d'assurance vieillesse des professions libérales, la répartition entre les sections professionnelles des sommes correspondant aux soldes positif ou négatif de la compensation mentionnée à l'article L. 134-1.

Article D134-9

Les dispositions de la présente section ne sont applicables qu'aux régimes de sécurité sociale dont l'effectif des actifs cotisants et des retraités titulaires de droits propres âgés de soixante-cinq ans ou plus dépasse au total 20 000 personnes au 1er juillet de l'année considérée.

Section 2 : Compensation entre le régime général et les régimes de la Société nationale des chemins de fer français, des mineurs et de la Régie autonome des transports parisiens (maladie, maternité, invalidité)

Sous-section 1 : Dispositions communes.

Article D134-10

Les dispositions de l'article D. 134-7 sont applicables à la présente section.

Sous-section 2 : Dispositions particulières

Paragraphe 1 : SNCF.

Article D134-11

Les taux utilisés pour le calcul de la cotisation versée par la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de ses affiliés en activité, sont ceux de la cotisation due au titre de l'emploi des salariés placés sous le régime général pour les prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité. Ces taux sont majorés de 2,5 points. En 2015, cette majoration fait l'objet d'une révision pour les années suivantes.

Cette cotisation est assise sur les éléments de rémunération suivants : traitement mensuel, complément de traitement et éléments correspondants du treizième mois, primes de travail, indemnités ou gratifications diverses attribuées en raison des conditions particulières de travail.

Les taux définis ci-dessus subissent un abattement correspondant à la part de cotisations affectée dans le régime général aux fonds nationaux de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sanitaire et sociale.

Article D134-12

Le montant des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues au livre III remboursées par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est déterminé dans les conditions ci-après :

1°) prestations en nature versées par la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français pour le compte du régime général :

Pour les différentes catégories de prestations et pour chacun des deux régimes, il est établi un taux moyen pondéré de remboursement égal au rapport entre le montant des prestations effectivement servies et le montant des dépenses ouvrant droit à prestations calculé sur la base de 100 % des tarifs.

Ces taux, R pour le régime général, R' pour le régime spécial de la Société nationale des chemins de fer français, sont calculés à partir des résultats statistiques annuels des dépenses de prestations.

Les dépenses réelles de la caisse de prévoyance et de retraite pour chaque catégorie de prestations sont affectées de coefficients respectivement égaux aux valeurs correspondantes du rapport R/ R'.

Le montant du remboursement est égal à la somme des résultats partiels ainsi obtenus ;

2°) dépenses remboursées au titre des soins médicaux et paramédicaux dispensés par la Société nationale des chemins de fer français aux agents en activité :

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse à la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français, dans la limite de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-3, la fraction des dépenses des services médicaux de la Société nationale des chemins de fer français qui correspond à l'importance relative de la médecine de soins par rapport à l'ensemble des activités de ces services.

Le pourcentage des dépenses de fonctionnement des services médicaux de la Société nationale des chemins de fer français permettant d'obtenir le montant des sommes remboursées en application de l'alinéa qui précède est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé des transports et du ministre chargé du budget.

Article D134-13

La gestion des risques mentionnés au premier alinéa de l'article L. 134-3 fait l'objet d'un suivi comptable spécifique par la caisse chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie de la Société nationale des chemins de fer français.

Paragraphe 2 : Mines.

Article D134-15

Les taux utilisés pour le calcul de la cotisation versée par la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre des agents en activité, sont ceux de la cotisation due au titre de l'emploi des salariés placés sous le régime général pour les prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité.

Cette cotisation est assise sur les éléments de rémunération définis à l'article L. 242-1. Cette cotisation est calculée pour partie dans la limite du plafond prévu en application de l'article L. 241-3, pour partie sur la totalité des éléments de rémunération ci-dessus.

Le taux brut utilisé pour le calcul de la cotisation versée par la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au titre des retraités, à l'exclusion de ceux qui relèvent d'un autre régime d'assurance maladie, est fixé à 4,1 p. 100 du montant des pensions de retraites, dans la limite du plafond prévu ci-dessus.

Les taux définis ci-dessus subissent un abattement correspondant à la part de cotisations affectée dans le régime général aux fonds nationaux de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sanitaire et sociale.

Article D134-16

Le montant des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues au livre III remboursé par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est déterminé dans les conditions ci-après :

1°) prestations afférentes aux soins médicaux et paramédicaux dispensés par des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux rémunérés forfaitairement :

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse les dépenses réelles, dans la limite de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4 ;

2°) prestations dispensées dans les oeuvres sanitaires du régime minier autres que celles mentionnées au 1° et celles dispensées dans les établissements sanitaires à prix de journée :

Les prestations retenues pour le calcul des remboursements dus par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont fixées sur la base des tarifs de responsabilité du régime général. Pour les différentes catégories de prestations et pour chacun des deux régimes il est établi un taux moyen pondéré de remboursement égal au rapport entre le montant des prestations et le montant des dépenses ouvrant droit à prestations, calculé sur la base de 100 p. 100 des tarifs. Ces taux, R pour le régime général, R' pour le régime minier, sont calculés à partir des résultats statistiques annuels des dépenses de prestations. Les dépenses de prestations du régime minier ainsi déterminées pour chaque catégorie de prestations sont affectées de coefficients respectivement égaux aux valeurs correspondant au rapport R/R' . Le montant du remboursement est égal la somme des résultats partiels ainsi obtenus ;

3°) prestations dispensées dans d'autres conditions et remboursées par le régime minier :

Il est fait application des dispositions du 2° ci-dessus.

Article D134-17

La gestion des risques mentionnés au premier alinéa de l'article L. 134-4 fait l'objet d'un suivi comptable par la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.

Paragraphe 3 : RATP

Article D134-19

Les taux utilisés pour le calcul de la cotisation versée par la Régie autonome des transports parisiens à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de ses agents en activité, sont ceux de la cotisation due au titre de l'emploi des salariés placés sous le régime général pour les prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité. Ces taux sont majorés de 1,5 point. En 2010, cette majoration fait l'objet d'une révision pour les années suivantes.

Cette cotisation est assise sur les éléments de rémunération suivants : traitement, complément spécial de traitement, complément de traitement non liquidable, prime de productivité, primes de rendement ou de bons services, accessoires de rémunération attribués en raison des conditions particulières de travail, à l'exception des indemnités représentant des remboursements de frais.

Les taux définis ci-dessus subissent un abattement correspondant à la part de cotisations affectée dans le régime général aux fonds nationaux de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sanitaire et sociale.

Article D134-20

Le montant des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues au livre III, remboursé par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, est déterminé dans les conditions ci-après :

1°) prestations en nature versées par la Régie autonome des transports parisiens à ses agents en activité ;

Pour les différentes catégories de prestations et pour chacun des deux régimes, il est établi un taux moyen pondéré de remboursement égal au rapport entre le montant des prestations effectivement servies et le montant des dépenses ouvrant droit à prestations, calculé sur la base de 100 p. 100 des tarifs. Ces taux, R pour le régime général, R' pour le régime spécial de la Régie sont calculés à partir des résultats statistiques annuels des dépenses de prestations. Les dépenses réelles de la Régie pour chaque catégorie de prestations sont affectées de coefficients respectivement égaux aux valeurs correspondantes au rapport R/ R' ;

Le montant du remboursement est égal à la somme des résultats partiels ainsi obtenus ;

2°) dépenses supportées par la Régie au titre des soins médicaux et paramédicaux dispensés par la Régie aux agents en activité ;

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse, dans la limite de la couverture prévue au premier alinéa de l'article L. 134-4, les dépenses de services médicaux correspondant à la médecine de soins (maladie, maternité, invalidité) ;

3°) prestations en nature versées par la caisse de coordination aux assurances sociales de la Régie autonome des transports parisiens aux ayants droit des agents en activité, aux retraités et à leurs ayants droit.

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés rembourse l'intégralité du montant des prestations servies par cette caisse.

Article D134-21

La gestion des risques mentionnés au premier alinéa de l'article L. 134-4 fait l'objet d'un suivi comptable par la Régie autonome des transports parisiens.

Section 3 : Compensation entre le régime général et le régime des clercs et employés de notaires (maladie et maternité)

Article D134-32

Pour le calcul de la compensation entre le régime général de sécurité sociale et le régime des clercs et employés de notaires, instituée par l'article L. 134-5-1 pour la partie des risques donnant lieu aux prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au livre III, il est fait application des règles ci-après.

Article D134-33

Le taux utilisé pour le calcul de la cotisation incombant à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires au titre de ses affiliés en activité et à la retraite est celui de la cotisation due au titre de l'emploi des salariés placés sous le régime général des travailleurs salariés pour les prestations en nature des assurances maladie et maternité et de la cotisation due au titre des retraités.

Le taux défini ci-dessus subit un abattement correspondant à la part de cotisation affectée dans le régime général aux fonds nationaux de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sanitaire et sociale.

Cette cotisation est assise sur l'ensemble des éléments de rémunération définis à l'article L. 242-1.

Article D134-34

Le montant des prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues au titre III remboursé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est déterminé dans les conditions ci-après :

Le montant des prestations retenues pour le calcul des remboursements dus par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est déterminé à partir des tarifs de responsabilité du régime général. Pour les différentes catégories de prestations et pour chacun des deux régimes, il est établi un taux moyen pondéré de remboursement égal au rapport entre le montant des prestations et le montant des dépenses ouvrant droit à prestations, calculé sur la base de 100 % des tarifs. Ces taux, R pour le régime général, R' pour le régime de sécurité sociale des clercs et employés de notaires, sont calculés à partir des résultats statistiques annuels des dépenses de prestations. Les dépenses de prestations du régime de sécurité sociale des clercs et employés de notaires ainsi déterminées pour chaque catégorie de prestations sont affectées de coefficients respectivement égaux aux valeurs correspondant au rapport : R/R'.

Le montant du remboursement est égal à la somme des résultats partiels ainsi obtenus.

Article D134-35

La gestion des risques mentionnés au premier alinéa de l'article L. 134-5-1 fait l'objet d'un suivi comptable spécifique par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires.

Section 4 : Relations financières entre le régime général et le régime des salariés agricoles

Sous-section 1 : Assurances sociales et prestations familiales

Sous-section 2 : Accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D134-42

Le champ d'application de la compensation instituée par l'article L. 134-7 est limité :

1°) aux rentes accordées aux victimes atteintes d'une incapacité permanente de travail ou à leurs ayants droit en cas d'accident mortel, telles que ces prestations sont définies par le livre IV et le décret n° 73-600 du 29 juin 1973 ;

2°) aux revalorisations de rentes d'accidents du travail survenus ou de maladies professionnelles constatées soit avant le 1er janvier 1947 dans le régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés du commerce et de l'industrie, soit avant le 1er juillet 1973 dans le régime des salariés agricoles ;

3°) aux rentes et revalorisations de rentes accordées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles des salariés agricoles du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle relevant du code local des assurances sociales en vigueur dans ces départements.

Sont incluses dans les charges du régime général de sécurité sociale celles qui lui incombent au titre de la surcompensation des prestations d'accidents du travail du régime minier, instituée par l'article L. 134-15.

Article D134-43

Le solde de compensation est égal pour chaque régime à la différence entre la cotisation d'équilibre définie ci-après et les prestations effectivement versées durant l'année considérée.

La cotisation d'équilibre de chaque régime s'obtient par l'application à la masse salariale plafonnée de ce régime, du rapport des charges totales de rentes et de revalorisation de rentes des trois régimes sur la somme

des masses salariales plafonnées des trois régimes, les charges étant majorées, pour le régime général de sécurité sociale, des charges de surcompensation des prestations d'accidents du travail du régime minier.

Pour l'application de l'alinéa précédent il n'est pas tenu compte, pour le régime d'assurance contre les accidents définis par le code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, des charges de rentes et de revalorisations de rentes versées aux non-salariés.

Article D134-44

Pour un exercice considéré, les soldes définitifs de compensation entre le régime général de sécurité sociale des salariés du commerce et de l'industrie et chacun des régimes de salariés agricoles sont fixés, compte tenu des dispositions des articles D. 134-45 et D. 134-46, avant le 30 septembre de l'année suivante par arrêté du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture, pris après avis de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les régimes débiteurs versent aux régimes créanciers, au début de chaque trimestre, des acomptes égaux au quart du montant des transferts de l'avant-dernière année. L'acompte du dernier trimestre est majoré ou minoré du montant de la différence entre les soldes définitifs de compensation de l'année précédente et de l'avant-dernière année.

Les opérations financières de l'espèce concernant le régime général des travailleurs salariés du commerce et de l'industrie sont effectuées par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, celles concernant le régime des salariés agricoles sont effectuées par la caisse centrale de secours mutuels agricoles et celles concernant les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle par la caisse d'assurance accidents agricole du Bas-Rhin qui passera à cet effet une convention avec les caisses des deux autres départements concernés.

Article D134-45

Le transfert de compensation au profit de chacun des régimes agricoles ne pourra en aucun cas excéder un montant égal au produit de la masse salariale plafonnée de chacun de ces régimes pour l'année considérée par l'écart entre le taux de cotisation qui couvrirait l'ensemble des charges des trois régimes et le taux de cotisation qui couvrirait l'ensemble des charges de chacun de ces régimes agricoles avant compensation.

Section 4 bis : Relations financières entre le régime général et les autres régimes

Article D134-47

Pour l'application des dispositions du 2° du I de l'article L. 134-11-1, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole transmet à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, chaque année pour la clôture des comptes annuels des régimes et organismes prévue par l'article L. 114-6-1 un état retraçant, pour le dernier exercice clos, les charges et les produits de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime.

Cette transmission est effectuée dans des délais permettant la prise en compte de ces données par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés pour la clôture de ses comptes annuels, conformément au calendrier d'établissement des comptes commun aux régimes visé à l'article R. 114-6-1.

Le solde entre les charges et les produits définis au premier alinéa est inscrit au compte de résultat de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour l'exercice concerné.

Article D134-48

Les versements effectués en vue d'assurer l'équilibre financier de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime sont imputés sur le compte de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ouvert en application du premier alinéa de l'article D. 225-2 dans les conditions fixées par cet article.

Ils peuvent donner lieu en cours d'exercice à des acomptes dont les montants sont fixés par un échéancier annuel déterminé par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur la base des prévisions retenues dans le cadre de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année considérée.

Un versement définitif intervient dès l'établissement du solde mentionné au dernier alinéa de l'article D. 134-47.

Article D134-49

Pour l'application des dispositions du 1° du I et du 1° du II de l'article L. 134-11-1, la Caisse nationale du régime social des indépendants transmet chaque année, pour la clôture des comptes annuels des régimes et organismes prévue par l'article L. 114-6-1 :

1° A la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un état retraçant, pour le dernier exercice clos, les charges et les produits de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 611-2 ;

2° A la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés, un état retraçant, pour le dernier exercice clos, les charges et les produits des branches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 611-2.

Cette transmission est effectuée dans des délais permettant la prise en compte de ces données par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés pour la clôture de leurs comptes annuels, conformément au calendrier d'établissement des comptes commun aux régimes visé à l'article R. 114-6-1.

Les soldes entre les charges et les produits définis aux 1° et 2° précédents sont inscrits respectivement au compte de résultat des branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 pour l'exercice concerné.

Article D134-50

Les versements effectués en vue d'assurer l'équilibre financier des branches mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 611-2 sont imputés sur le compte de la Caisse nationale du régime social des indépendants ouvert en application du premier alinéa de l'article D. 225-2 dans les conditions fixées par cet article. Ils peuvent donner lieu en cours d'exercice à des acomptes dont les montants sont fixés par un échéancier annuel déterminé par la Caisse nationale du régime social des indépendants et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur la base des prévisions retenues dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année considérée. Un versement définitif intervient dès l'établissement du solde mentionné au dernier alinéa de l'article D. 134-49.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 5 : Fonds de solidarité vieillesse

Article D135-1

Les modalités suivant lesquelles sont effectuées les opérations financières et comptables du fonds, mentionnées au IV de l'article R. 135-8, sont celles que définissent les articles D. 122-2, D. 122-5 et D. 122-6. Pour l'application au fonds de solidarité vieillesse de ces trois articles, la référence au directeur est remplacée par la référence au président.

Article D135-2

La fraction prévue au 2° de l'article L. 135-2 est fixée à 50 %.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 7 : Recettes diverses

Article D137-1

Pour l'application de l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale, l'allocation de l'épargne mentionnée au second alinéa de l'article L. 3334-11 du code du travail est organisée de telle sorte que le portefeuille de parts qu'un participant détient est composé directement ou indirectement, pour une fraction des sommes investies, d'au moins 7 % de titres de petites et moyennes entreprises et d'entreprises de taille intermédiaire. Cette fraction varie en fonction de l'échéance prévisionnelle de sortie du participant du plan d'épargne pour la retraite collectif. Elle est :

1° Egale à 100 % du portefeuille pour les participants dont l'échéance de sortie du plan est strictement supérieure à 15 ans ;

2° D'au minimum 85 % pour les participants dont l'échéance de sortie du plan est strictement supérieure à 12 ans et inférieure ou égale à 15 ans ;

3° D'au minimum 70 % pour les participants dont l'échéance de sortie du plan est strictement supérieure à 10 ans et inférieure ou égale à 12 ans ;

4° D'au minimum 30 % pour les participants dont l'échéance de sortie du plan est strictement supérieure à 7 ans et inférieure ou égale à 10 ans.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 8 ter : Pénalités.

Section 2 : Accords en faveur de la prévention de la pénibilité

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale. Contentieux. Pénalités.

Chapitre 1 : Expertise médicale

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale. Contentieux. Pénalités.

Chapitre 2 : Contentieux général

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale. Contentieux. Pénalités.

Chapitre 3 : Contentieux technique de la sécurité sociale

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale. Contentieux. Pénalités.

Chapitre 4 : Dispositions communes. - Dispositions diverses.

Section 1 : Pourvoi en cassation.

Article D144-1

Lorsque l'une des parties au litige interjette appel ou forme un pourvoi en cassation contre une décision relevant des contentieux visés aux articles L. 142-1 et L. 143-1, les organismes de sécurité sociale sont tenus d'en informer le service mentionné à l'article R. 155-1 .

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 4 : Expertise médicale. Contentieux. Pénalités.

Chapitre 5 : Contentieux du contrôle technique

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes

Chapitre 1 : Dispositions applicables au régime général, aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 et à certains régimes de travailleurs non salariés des professions non agricoles

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes

Chapitre 2 : Dispositions applicables au régime d'assurance vieillesse des professions libérales et aux régimes mentionnés à l'article 1002 du code rural et de la pêche maritime

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes

Chapitre 3 : Contrôle des budgets - Contrôles divers

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 5 : Contrôle de l'administration - Contrôle de la Cour des comptes

Chapitre 4 : Contrôle de la Cour des comptes.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre préliminaire : Dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé

Section 1 : Dispositions relatives aux bénéficiaires

Article D160-1

La demande prévue au troisième alinéa de l'article L. 160-2 est effectuée par l'enfant auprès de l'organisme d'assurance maladie auquel est affilié l'assuré dont il est l'ayant droit.

Dès réception de cette demande, l'organisme lui ouvre droit, à titre personnel, à la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

L'organisme d'assurance maladie compétent remet à l'enfant un document attestant sa qualité d'assuré.

Article D160-2

La condition de stabilité de la résidence mentionnée au premier alinéa de l'article L. 160-5 est satisfaite lorsque la personne concernée présente un justificatif démontrant qu'elle réside en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

La condition de stabilité de la résidence est également satisfaite pour la personne qui présente un justificatif démontrant qu'elle relève de l'une ou l'autre des catégories suivantes :

1° Personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique ;

2° Personnes bénéficiaires de l'une ou l'autre des prestations suivantes :

a) Prestations familiales définies à l'article L. 511-1 et au chapitre V du titre V du livre VII ;

b) Allocations aux personnes âgées définies au titre Ier du livre VIII ou à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

c) Allocation de logement définie par l'article L. 831-1 du présent code et aide personnalisée au logement définie à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ;

d) Prestations définies au livre II du code de l'action sociale et des familles, à l'exception de celles mentionnées au titre V de ce livre ;

e) Allocation définie à l'article L. 821-1 du présent code ;

3° Personnes reconnues réfugiées ou bénéficiaires de la protection subsidiaire, admises à ce titre, ou enregistrées par l'autorité compétente en qualité de demandeur d'asile et disposant du droit de se maintenir sur le territoire, dans les conditions prévues par les articles L. 742-1 et L. 743-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

4° Personnes de retour en France après avoir accompli, en application des dispositions du chapitre II du titre II du livre Ier du code du service national, un volontariat international à l'étranger, si elles n'ont droit à aucun autre titre aux prestations d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ;

5° Personnes résidant en France au titre de la procédure de regroupement familial conformément à l'article L. 411-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Section 2 : Dispositions relatives aux prestations

Article D160-3

La période mentionnée au premier alinéa de l'article L 160-9 débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine douze jours après l'accouchement.

Section 3 : Participation de l'assuré social

Article D160-4

La liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie, en application du 3° de l'article L. 160-14, est établie ainsi qu'il suit :

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;

- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques ;
- scoliose idiopathique structurale évolutive ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Article D160-5

I.-La suppression de la participation de l'assuré prévue au 10° de l'article L. 160-14 est accordée pour une durée initiale au plus de cinq ans, renouvelable.

II.-Les actes médicaux et examens biologiques donnant droit à la suppression de la participation de l'assuré sont prescrits par le médecin traitant sur la base, lorsqu'ils existent, des référentiels élaborés par la Haute Autorité de santé, ou élaborés conjointement par la Haute Autorité de santé et l'Institut national du cancer pour les affections cancéreuses. La mention " suivi post-ALD " doit figurer sur l'ordonnance mentionnée à l'article R. 161-45 et sur la feuille de soins mentionnée à l'article R. 161-40.

Article D160-6

Le nombre maximum de participations forfaitaires supportées en application du II de l'article L. 160-13 par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les participations forfaitaires sont prises en compte à la date du remboursement des consultations et des actes.

Article D160-7

La caisse ne peut abandonner la mise en recouvrement de la participation forfaitaire. Toutefois, toute créance née à ce titre, non recouvrée à sa date de prescription, est annulée.

Pour l'application de l'article L. 133-3, les créances relatives à la participation forfaitaire ne sont pas cumulables avec les créances visées à l'article D. 133-2.

Article D160-8

Lorsque, pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à quatre.

Lorsqu'un acte de prélèvement est effectué pour la réalisation d'un examen de biologie médicale, seul l'examen de biologie médicale supporte une participation forfaitaire.

Article D160-9

Le montant de la franchise prévue au III de l'article L. 160-13 est fixé ainsi qu'il suit :

a) 0,5 euro pour les frais d'acquisition des médicaments mentionnés au 1° dudit III, comprenant le médicament et l'honoraire de dispensation prévu au 7° de l'article L. 162-16-1 y afférent. Ce montant s'applique par unité de conditionnement de médicament. Toutefois, lorsque le médicament est délivré au titre de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, il s'applique par médicament prescrit ;

b) 0,5 euro par acte effectué par un auxiliaire médical ;

c) 2 euros par transport, ce montant s'appliquant à chaque trajet.

Pour un produit, acte ou prestation donné, le montant de la franchise prélevé en application du présent article ne peut toutefois excéder le montant de la différence entre le tarif servant de base au calcul des prestations prévues à l'article L. 160-8 et celui de la participation prévue au I de l'article L. 160-13. S'il y a lieu, le montant de la franchise est réduit à due concurrence.

Article D160-10

Le montant maximum supporté au titre de la franchise mentionnée au III de l'article L. 160-13 par le bénéficiaire des soins au cours d'une année civile est fixé à 50 euros.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les montants de franchise sont pris en compte à la date du remboursement des prestations.

Article D160-11

Le montant maximum journalier prévu au sixième alinéa du III de l'article L. 160-13 est fixé à :

- a) 2 euros pour les actes mentionnés au 2° du III de l'article L. 160-13 ;
- b) 4 euros pour les transports mentionnés au 3° du III du même article.

Article D160-12

La franchise mentionnée au III de l'article L. 160-13 n'est pas exigée au titre des ayants droit qui n'ont pas atteint l'âge de dix-huit ans au 1er janvier de l'année civile considérée.

Article D160-13

Les dispositions de l'article D. 160-9 sont applicables à la franchise prévue au III de l'article L. 160-13.

Section 4 : Dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations

Article D160-14

La prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité est assurée :

1° Pour les personnes relevant d'un régime de sécurité sociale au titre de leur activité professionnelle, y compris en application des dispositions de l'article L. 311-5, par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquelles elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurance sociale. Parmi elles, la prise en charge est effectuée à ce titre :

a) Pour les fonctionnaires civils de l'Etat, les magistrats et les ouvriers de l'Etat, par les mutuelles ou groupements mentionnés à la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 160-17 ;

b) Pour les militaires, par la caisse mentionnée à l'article L. 713-19 ;

c) Pour les praticiens et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1, par les caisses primaires d'assurance maladie ;

d) Pour les travailleurs indépendants non agricoles, par les organismes mentionnés à la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 160-17 ;

2° Pour les personnes titulaires d'une pension, d'une rente ou d'une allocation mentionnée aux 1° à 3° de l'article L. 160-3 qui n'exercent pas d'activité professionnelle, par les organismes qui assurent la prise en charge des frais de santé pour le régime obligatoire dont elles relèvent du fait de cette pension ou rente ;

3° Pour les personnes titulaires d'une ou plusieurs pensions de vieillesse qui exercent une activité professionnelle dans les conditions prévues à l'article L. 161-22, par les organismes mentionnés au 1° si cette activité leur permet de justifier des conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces du régime de l'activité considérée ou par les organismes mentionnés au 2° dans le cas contraire ;

4° Pour les personnes qui n'exercent pas d'activité professionnelle, autres que celles mentionnées aux 2°, 5° et 6° ainsi qu'à l'article L. 311-5 :

a) Par les organismes chargés de la gestion du régime dont elles relevaient, pour la prise en charge de leurs frais de santé au titre de l'activité professionnelle exercée la plus récente, si celles-ci ont déjà exercé une activité professionnelle ;

b) Par les organismes chargés de la gestion du régime général de sécurité sociale si celles-ci n'ont jamais exercé une activité professionnelle. Le présent alinéa s'applique également aux personnes autres que les titulaires des pensions, rentes ou allocations mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 160-3, lorsque l'organisme mentionné à l'alinéa précédent relève d'une organisation spéciale de sécurité sociale au sens de l'article L. 711-1 ou des dispositions de l'article L. 382-17 et que les personnes concernées ne remplissent plus les conditions pour y demeurer affiliées ;

5° Pour les enfants mineurs ayants droit ou les enfants de moins de 20 ans n'ayant jamais rempli les conditions mentionnées aux 1°, 6° et 7°, par les organismes chargés de la gestion du régime du ou des assurés auxquels l'enfant est ou était rattaché. Par dérogation, l'âge mentionné au présent alinéa est repoussé pour les enfants des bénéficiaires du régime de prévoyance du personnel de la Société nationale des chemins de fer français dans les conditions prévues par le décret n° 2010-1362 du 10 novembre 2010 ;

6° Pour les étudiants mentionnés à l'article L. 381-4 qui n'exercent pas d'activité professionnelle ou qui exercent une activité professionnelle insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces du régime de l'activité considérée, par les mutuelles ou groupements de mutuelles étudiantes mentionnés à l'article L. 160-17 :

a) A compter de la date où ils débutent des études dans des établissements mentionnés à l'article précité s'ils sont ou étaient rattachés à des assurés auprès des organismes du régime général, des régimes des salariés et des exploitants agricoles ou des régimes dont relèvent les fonctionnaires civils de l'Etat, les magistrats et les ouvriers de l'Etat ;

b) A compter du début de la période mentionnée à l'article R. 381-15 au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 20 ans s'ils sont ou étaient rattachés à des assurés auprès d'un autre régime, à l'exception du régime spécial de la Société nationale des chemins de fer français. L'âge mentionné au présent alinéa est repoussé d'une année pour les étudiants rattachés à des assurés relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins ;

7° Sans préjudice de l'option prévue au 3° de l'article L. 613-2, pour les étudiants mentionnés à l'article L. 381-4 qui exercent une activité professionnelle leur permettant de justifier des conditions d'ouverture de droits aux prestations en espèces du régime de l'activité considérée, par les organismes chargés de la gestion de ce régime. Dans ce cas, les étudiants dont le versement des prestations en nature est assuré par le régime auquel ils sont affiliés au titre de leur activité professionnelle continuent de relever de ce régime jusqu'au dernier jour de la période mentionnée à l'article R. 381-15 au cours de laquelle ils cessent de justifier des conditions d'ouverture des droits aux prestations en espèces.

Article D160-15

Les travailleurs qui sont affiliés simultanément, au titre de leur activité, à plusieurs régimes de sécurité sociale bénéficient, sauf option contraire pour un autre de ces régimes, de la prise en charge de leurs frais de santé :

1° Dans les conditions prévues au I de l'article L. 732-9 du code rural et de la pêche maritime et au premier alinéa de l'article D. 732-2-0-1 du même code, lorsque l'un de ces régimes est le régime des personnes non salariées des professions agricoles et qu'aucune des activités exercées ne relève des dispositions prévues au premier alinéa de l'article L. 133-6-8 du présent code ;

2° Dans celui de ces régimes dont ces travailleurs relevaient avant le début de cette situation de cumul, dans les autres cas.

L'option mentionnée au premier alinéa est exercée auprès du régime choisi, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception de la demande.

Le régime choisi en informe, dans le délai de quinze jours suivant la date de réception de la demande, le ou les autres régimes auxquels ces personnes sont affiliées. Cette option prend effet au plus tard le premier jour du deuxième mois civil qui suit la date de réception de la demande par le régime choisi.

Article D160-16

I.-Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 171-6 et à l'article L. 613-7 bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans celui de ces régimes dont elles relevaient jusqu'à la date à laquelle a débuté leur situation de cumul, si elles continuent de remplir les conditions pour être affiliées à ce régime.

II.-Elles peuvent néanmoins opter pour l'un des régimes auxquelles elles sont nouvellement affiliées, sauf au titre de la perception d'une pension de réversion.

L'exercice de cette option est obligatoire dans l'un ou l'autre des cas suivants :

1° Lorsqu'elles sont affiliées à au moins un régime à un titre qui diffère de la perception d'une pension de réversion et qu'elles relevaient de leur régime antérieur au titre de la perception d'une pension de réversion ;

2° Lorsqu'elles cessent de remplir les conditions pour être affiliées à leur régime antérieur. Dans ce cas, si elles n'ont pas d'activité et ne perçoivent que des pensions de réversion, l'option mentionnée au premier alinéa est étendue à l'ensemble des régimes leur versant des pensions.

L'option mentionnée au premier alinéa du présent II est exercée dans les conditions prévues par les dispositions des deux derniers alinéas de l'article D. 160-15.

III.-Par dérogation au II, l'option, au titre de la perception d'une pension, pour un des régimes spéciaux relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-24, est réservée aux assurés justifiant d'une ancienneté minimale, en tant qu'actif, de quinze années dans ce régime.

Article D160-17

Les personnes mentionnées aux 4° et 5° de l'article D. 160-14 peuvent demander à l'organisme gestionnaire du régime de leurs conjoints, concubins et partenaires d'un pacte civil de solidarité de prendre en charge leurs frais de santé en cas de maladie ou de maternité.

En cas de divorce, de séparation ou de rupture du pacte civil de solidarité, la personne ayant fait valoir la demande mentionnée au premier alinéa demeure rattachée au régime de son ancien conjoint, concubin ou partenaire jusqu'à la date à laquelle, le cas échéant, elle exerce une activité professionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'ancien conjoint, concubin ou partenaire relève d'un régime spécial de sécurité sociale au sens de l'article L. 711-1 ou des dispositions des articles L. 382-15 et suivants.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux prestations

Section 1 : Bénéficiaires

Sous-section 1 : Dispositions communes.

Article D161-1-1

Le délai prévu à l'article L. 161-1-1 est fixé à douze mois à compter soit de la date d'effet d'affiliation de l'assuré, s'il relève d'un régime de non-salariés, soit du début d'activité de l'entreprise, s'il relève d'un régime de salariés.

Le plafond de revenu ou de rémunération prévu à l'article L. 161-1-1 est égal à 120 p. 100 du montant du salaire minimum de croissance correspondant à chaque trimestre d'affiliation si l'assuré relève d'un régime de non-salariés ou à la périodicité, au plus trimestrielle, du versement de la rémunération s'il relève d'un régime de salariés.

Pour les ressortissants du régime d'assurance des marins mentionné au 4° de l'article R. 711-1, l'exonération est applicable aux contributions dues sur le salaire forfaitaire visé à l'article L. 42 du code des pensions de retraite des marins dans la limite du salaire de la 3e catégorie.

Pour l'application du plafond mentionné au présent article, sont pris en compte les revenus ou rémunérations soumis à cotisations de sécurité sociale dans le régime dont relève l'assuré, le montant horaire du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle est applicable l'exonération et la durée légale du travail correspondant au trimestre d'affiliation ou à la périodicité du versement de la rémunération.

Article D161-1-1-1

Pour l'application des dispositions de l'article L. 161-1-1 aux travailleurs indépendants relevant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts :

1° L'exonération cesse à l'issue de la période prévue au c de l'article D. 131-6-3 ;

2° Le plafond de revenus ou de rémunérations mentionné dans la première phrase de l'article L. 161-1-1 est égal au seuil fixé par les articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts compte tenu des abattements prévus par ces articles. Il est apprécié sur l'année civile et ajusté, le cas échéant, selon les règles fixées par ces articles.

Article D161-1-1-2

La régularisation prévue au dernier alinéa de l'article L. 161-1-1 s'applique aux cotisations de sécurité sociale ayant fait l'objet de l'exonération prévue à cet article et dues au titre de la période courant depuis la date à laquelle le travailleur indépendant cesse de bénéficier de cette exonération en application du dernier alinéa de l'article L. 161-1-1.

Le complément de cotisations résultant de cette régularisation est égal à la différence entre :

-D'une part, le montant des cotisations et contributions sociales calculées par application du taux fixé aux articles D. 131-6-1 et D. 131-6-2 dont l'intéressé aurait été redevable au cours de la période mentionnée au premier alinéa du présent article s'il n'avait pas bénéficié de l'exonération prévue à l'article L. 161-1-1 ;

-Et, d'autre part, le montant des cotisations et contributions sociales calculées par application du taux fixé à l'article D. 131-6-3 dont l'intéressé est redevable au titre de la même période.

Ce complément est recouvré dans les mêmes conditions que les versements provisionnels de l'année en cours restant à échoir.

Article D161-1-3

Pour les décisions régies par un régime de décision implicite de rejet, la durée maximale prévue au troisième alinéa de l'article L. 161-1-4 est fixée à deux mois à compter de la date à laquelle l'organisme de sécurité sociale a informé le demandeur qu'il avait à produire des pièces supplémentaires.

Pour les décisions régies par un régime de décision implicite d'acceptation, la suspension du délai d'instruction est celle prévue au deuxième alinéa de l'article 2 du décret n° 2001-492 du 6 juin 2001 pris pour l'application du chapitre II du titre II de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 et relatif à l'accusé de réception des demandes présentées aux autorités administratives.

Sous-section 2 : Assurances maladie, maternité, invalidité et décès

Article D161-2

Les personnes qui reprennent le travail à l'issue du congé parental d'éducation prévu au 1° de l'article L. 1225-47 du code du travail ou de la perception de la prestation partagée d'éducation de l'enfant ou à l'issue d'un congé pour maladie ou maternité faisant immédiatement suite au congé parental retrouvent, pendant

douze mois à compter de la reprise du travail, les droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité, invalidité et décès qui leur étaient ouverts avant la perception de la prestation partagée d'éducation de l'enfant ou le début du congé parental d'éducation.

Article D161-2-1

La suspension de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie prévues par le présent code ou le code rural et de la pêche maritime peut être décidée par le directeur de la caisse ou de l'organisme compétent à l'égard d'un assuré dont la mauvaise foi est établie par des faits caractérisant l'intention de ne pas payer les cotisations obligatoires d'assurance maladie ou en cas de fraude ou de fausse déclaration sur le montant des ressources.

Dans les cas mentionnés à l'alinéa précédent, le directeur de la caisse compétente adresse à l'assuré une mise en demeure, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, l'invitant à régulariser sa situation sous trente jours.

A défaut de régularisation par l'assuré, la décision de suspendre le versement desdites prestations, dûment motivée, est notifiée à l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, et précise que cette décision est susceptible de recours dans les conditions prévues aux articles R. 142-1 et R. 142-6.

La suspension du droit à la prise en charge des frais de santé en cas de maladie cesse dès lors que l'assuré est à jour de ses cotisations d'assurance maladie ou respecte l'échéancier qui lui a été accordé. La caisse ou l'organisme compétent en informe dans un délai de huit jours l'assuré par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Sauf dans les cas de fraude ou de fausse déclaration et par dérogation aux dispositions des trois premiers alinéas, le droit à la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ne peut être suspendu si l'intéressé remplit les conditions de ressources prévues par le décret pris en application du premier alinéa de l'article L. 861-1, s'il a été admis au bénéfice d'une procédure de traitement des situations de surendettement des particuliers.

Article D161-2-1-1

Les titres ou documents prévus à l'article L. 161-16-1 sont ceux mentionnés à l'article D. 115-1.

Article D161-2-1-1-1

Les organismes agréés dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du livre II du code de l'action sociale et des familles sont tenus de transmettre chaque mois à l'organisme de sécurité sociale désigné dans le cahier des charges et au département une copie des attestations d'élection de domicile qu'ils ont délivrées ainsi que la liste des personnes qui ont fait l'objet d'une radiation.

Article D161-2-1-1-1-1

Les périodes mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 161-9-3 pendant lesquelles les bénéficiaires du congé de solidarité familiale conservent leurs droits sont fixées comme suit :

- 1° Douze mois à compter de la reprise du travail à l'issue de ce congé ;
- 2° La durée de l'interruption de travail pour cause de maladie ou de maternité en cas de non-reprise du travail à l'issue de ce congé ;
- 3° Douze mois à compter de la reprise du travail à l'issue du congé de maladie ou de maternité susmentionné.

Sous-section 4 : Assurance vieillesse

Paragraphe 1 : Information des assurés.

Article D161-2-1-2

Les personnes bénéficiaires du droit à l'information sur leur retraite mentionnées aux sixième et huitième alinéas de l'article L. 161-17 sont celles relevant ou ayant relevé, à titre obligatoire ou volontaire, en qualité d'assurées ou à raison des services accomplis, d'un régime de retraite légalement ou réglementairement obligatoire ou rendu obligatoire par la loi, avant le 1er janvier de l'année à laquelle le relevé ou l'estimation doivent être établis, et n'ayant pas obtenu la liquidation ou, en cas de retraite progressive, la liquidation provisoire de leur pension dans ce régime.

Article D161-2-1-3

Le droit à l'information sur la retraite prévu à l'article L. 161-17 s'exerce auprès des organismes et services mentionnés à l'article R. 161-10. Il comporte notamment la délivrance au bénéficiaire :

- 1° Sur demande du bénéficiaire ou à l'initiative de l'organisme ou du service, d'un relevé de sa situation individuelle au regard des droits à pension de retraite constitués auprès de chacun des régimes dont il relève ou a relevé et déterminés à la date précisée, pour chaque régime, dans le relevé ;

2° A l'initiative de l'organisme ou du service, d'une estimation indicative globale du montant total et du montant de chacune des pensions de retraite dont il pourrait bénéficier.

L'envoi du relevé ou de l'estimation ne peut être accompagné d'aucun autre document ni comporter d'autres mentions que celles relatives à son objet, à l'expéditeur et au destinataire.

Article D161-2-1-4

Sous réserve de l'application des dispositions des 3° et 4° de l'article 3 du décret n° 2006-708 du 19 juin 2006 relatif aux modalités et au calendrier de mise en oeuvre du droit des assurés à l'information sur leur retraite et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), le relevé de situation individuelle mentionné aux sixième et septième alinéas de l'article L. 161-17 comporte, pour chacun des régimes dont relève ou a relevé le bénéficiaire :

1° Les données mentionnées à l'article R. 161-11 connues par les organismes ou services en charge de la gestion de ces régimes à la date à laquelle le relevé est établi, compte non tenu, s'il y a lieu, des cotisations dont l'assuré est redevable à cette date ;

2° La désignation de chacune des catégories de périodes, situations ou événements non pris en compte dans les données mentionnées au 1° du présent article et susceptibles d'affecter l'âge de liquidation ou le montant des droits à pension dans chacun des régimes.

L'indication de l'envoi du relevé à titre de renseignement, le caractère provisoire des données figurant sur le relevé et l'absence d'engagement de l'organisme ou du service ayant adressé le relevé ou en charge de la gestion du ou des régimes concernés de calculer la pension sur la base de ces données sont mentionnés sur le relevé.

Article D161-2-1-5

Le relevé de situation individuelle mentionné au sixième alinéa de l'article L. 161-17 est délivré, à la demande du bénéficiaire, soit par courrier au plus tous les ans, soit par voie électronique.

Le délai d'un an fixé au premier alinéa du présent article est décompté de date à date à partir de la réception de la précédente demande par l'organisme ou le service y ayant répondu.

Le relevé est accessible en ligne pour l'assuré. (1)

La demande est adressée à l'un des organismes ou services mentionnés à l'article R. 161-10 parmi ceux en charge de la gestion de l'un des régimes dont le bénéficiaire relève ou a relevé et dont il n'a pas obtenu, à la date laquelle il adresse sa demande, la liquidation ou, en cas de retraite progressive, la liquidation provisoire de la ou des pensions dont cet organisme ou service a la charge.

Pour être recevable, la demande doit comporter les mentions prévues aux 1° et 2° de l'article R. 161-11 ainsi que l'indication d'au moins l'un des régimes dont il déclare relever ou avoir relevé et, lorsqu'elle est présentée sur support papier, être datée et signée du demandeur. L'adresse figurant dans la demande peut toutefois être différente de celle connue par l'organisme ou le service. Elle ne peut cependant consister en une adresse électronique que lorsque la demande est présentée par cette voie. La demande est établie conformément au modèle fixé par décision du groupement d'intérêt public visé au neuvième alinéa de l'article L. 161-17.

Le relevé est adressé au bénéficiaire ou mis en ligne par l'organisme ou le service auquel il a adressé sa demande. Cet organisme ou ce service recueille, s'il y a lieu, les données nécessaires à l'établissement du relevé auprès du ou des autres organismes ou services en charge du ou des autres régimes dont relève ou a relevé le bénéficiaire et lui adresse le relevé dans des conditions et selon des modalités garantissant notamment la fiabilité de l'identification du bénéficiaire, l'intégrité et la confidentialité des échanges, fixées par décision du groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17 et approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Dans le cas où le bénéficiaire a adressé sa demande à un organisme ou service en charge d'un ou de plusieurs régimes où il n'a pas la qualité d'assuré ou dont le bénéficiaire perçoit la ou les pensions, sans apporter d'indication permettant d'identifier un autre régime, cet organisme ou ce service l'informe qu'il doit s'adresser à un autre organisme ou service et lui communique la liste de ces organismes ou services.

Article D161-2-1-6

I. - Sous réserve de l'application des dispositions du 1° de l'article 3 du décret n° 2006-708 du 19 juin 2006 relatif aux modalités et au calendrier de mise en oeuvre du droit des assurés à l'information sur leur retraite et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), le relevé de situation individuelle prévu au septième alinéa de l'article L. 161-17 est établi au 1er juillet de chaque année, à partir de 2010, pour les bénéficiaires atteignant l'âge de 35, 40, 45 ou 50 ans.

II. - Le relevé est établi par l'organisme ou le service en charge de la gestion du régime dont le bénéficiaire a relevé en dernier lieu, à partir de l'année précédant celle au cours de laquelle il est établi. Lorsque le bénéficiaire a relevé en dernier lieu au cours de l'année considérée de plusieurs régimes gérés par des organismes ou services distincts, il est établi par l'organisme ou le service déterminé selon les modalités fixées par décision du groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17 et approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. - Le relevé est envoyé par l'organisme ou le service compétent à l'adresse personnelle du bénéficiaire connue par cet organisme ou service ou qui lui a été communiquée par l'un des organismes ou services en charge de l'un des régimes dont il a relevé.

Pour l'application du présent article, les organismes et services échangent les adresses personnelles des intéressés dans les conditions, garantissant notamment l'intégrité et la confidentialité des échanges, fixées par décision du groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17 et approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Par dérogation aux dispositions des deux premiers alinéas du présent III, lorsque le bénéficiaire a la qualité de fonctionnaire de l'Etat, de militaire ou de magistrat, le relevé peut, si l'Etat employeur le décide, lui être adressé par l'intermédiaire de son service gestionnaire. Un arrêté conjoint, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, du ministre de la fonction publique et du ministre chargé du budget fixe les conditions garantissant l'intégrité et la confidentialité de l'envoi.

Article D161-2-1-7

Sous réserve de l'application des dispositions des 3° à 5° de l'article 3 du décret n° 2006-708 du 19 juin 2006 relatif aux modalités et au calendrier de mise en oeuvre du droit des assurés à l'information sur leur retraite et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), l'estimation indicative globale mentionnée au huitième alinéa de l'article L. 161-17 comporte les données mentionnées au 1° de l'article D. 161-2-1-4 ainsi que le montant total et le montant de chacune des pensions susceptibles d'être versées au bénéficiaire ; elle ne comporte pas la ou les pensions dont le bénéficiaire a obtenu ou, s'il a atteint l'âge à partir duquel le droit est ouvert, demandé la liquidation ou, en cas de retraite progressive, la liquidation provisoire au plus tard à la date à laquelle est établie l'estimation.

Le montant des pensions est estimé :

1° Pour les bénéficiaires ayant relevé des régimes mentionnés aux 1° à 3° de l'article R. 161-10 et de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales :

- a) A l'âge de prévu à l'article L. 161-17-2 ;
- b) A l'âge atteint à la date prévisible à laquelle la pension pourrait être liquidée, selon les régimes, au taux plein ou sans coefficient d'abattement ;
- c) A l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;
- d) S'il est plus élevé, à l'âge atteint l'année où est établie l'estimation.

2° Pour les bénéficiaires ayant relevé des régimes mentionnés à l'article R. 161-10 autres que ceux mentionnés au 1° du présent article :

- a) A l'âge d'ouverture du droit à pension ;
- b) A l'âge atteint à la date prévisible à laquelle la pension pourra être liquidée, selon les régimes, sans coefficient d'abattement ou à son pourcentage maximum ;
- c) A l'âge limite applicable à la catégorie dont relève le bénéficiaire ;
- d) S'il est plus élevé, à l'âge atteint l'année où est établie l'estimation.

L'âge et la date fixés au 1° ou au 2° du présent article sont mentionnés sur l'estimation.

Dans le cas où le bénéficiaire exerce, à la date à laquelle elle est établie, une activité relevant d'un régime où est applicable la surcote, l'estimation comporte également l'indication du ou des régimes dont il relève ou a relevé où la surcote est applicable ainsi que le taux et les conditions requises pour son application et la date prévisible à laquelle elle pourrait être appliquée à cette ou à ces pensions dans l'hypothèse de la poursuite de la situation du bénéficiaire dans le régime ou les régimes concernés jusqu'à cette date ou, si le bénéficiaire remplit les conditions pour en bénéficier, le montant de surcote afférent à chacune des pensions.

Pour l'estimation de chaque pension, sont prises en compte les données pertinentes mentionnées aux 4° à 9° de l'article R. 161-11, complétées, le cas échéant, des données mentionnées au 3° du même article connues à la date à laquelle l'estimation est établie et arrêtées pour leur valeur prévisible dans l'hypothèse de la poursuite de la situation du bénéficiaire dans le régime à la date à laquelle l'estimation est établie jusqu'à l'âge mentionné au 1° ou au 2° du présent article.

A cette même fin, chaque organisme ou service fait application des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles en vigueur dans le ou les régimes dont il a la charge à la date à laquelle l'estimation est établie et susceptibles d'être appliquées au bénéficiaire compte tenu de son âge ou de sa situation à cette date en application de la législation, ou des décisions des instances compétentes du régime, en vigueur à la date à laquelle l'estimation est réalisée et connues ou rendues publiques pour les années à venir.

Chaque organisme ou service retient les hypothèses établies et rendues publiques par le conseil d'orientation des retraites visé à l'article L. 114-2 dans le cadre de la mission qui lui est confiée en application du 5° de cet article et relatives aux facteurs pouvant affecter la détermination du montant des pensions de chaque régime.

L'indication de l'envoi de l'estimation à titre de renseignement, le caractère estimatif et non contractuel de l'estimation et l'absence d'engagement de l'organisme ou du service ayant établi l'estimation ou de l'organisme ou du service en charge du ou des régimes concernés de verser aux âges indiqués le ou les montants estimés sont mentionnés sur l'estimation.

L'estimation est accompagnée d'une information sur les dispositifs mentionnés aux articles L. 161-22, L. 241-3-1 et L. 351-15.

Article D161-2-1-8

Sous réserve de l'application des dispositions du 2° de l'article 3 du décret n° 2006-708 du 19 juin 2006 relatif aux modalités et au calendrier de mise en oeuvre du droit des assurés à l'information sur leur retraite et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), l'estimation mentionnée à l'article D. 161-2-1-7 est adressée, à l'initiative des organismes ou services, aux bénéficiaires atteignant, à partir du 1er juillet 2011, chaque année, l'âge de 55 ans.

La périodicité mentionnée au huitième alinéa de l'article L. 161-17 est fixée à cinq ans à compter de l'âge fixé au premier alinéa du présent article.

Les dispositions du sixième alinéa de l'article D. 161-2-1-5 et celles du II et du III de l'article D. 161-2-1-6 relatives à l'envoi du relevé de situation individuelle sont applicables à l'envoi de l'estimation.

Article D161-2-1-8-1

Les règles d'attribution des majorations de durée d'assurance prévues par l'article L. 351-4 sont présentées sur les sites internet des caisses nationales des régimes mentionnés au premier alinéa de l'article R. 173-1.

Ces caisses élaborent, en outre, un plan de diffusion de documents destinés à l'information des assurés notamment en ce qui concerne le délai dans lequel ceux-ci peuvent exprimer l'option ou le désaccord prévus aux II et III de l'article L. 351-4.

Ces caisses concluent une convention qui détermine dans quelles conditions sont réparties entre elles les dépenses découlant du présent article.

Article D161-2-1-8-2

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 161-17, un document d'information générale est délivré à l'assuré au cours de l'année civile suivant la première année civile au titre de laquelle il a validé au moins deux trimestres d'assurance dans un régime de retraite légalement obligatoire, sauf s'il a déjà bénéficié de cette information antérieurement au titre des mêmes dispositions.

Ce document est délivré par l'organisme ou le service mentionné à l'article R. 161-10 dont le bénéficiaire a relevé au cours de l'année civile précédant l'envoi. Lorsque le bénéficiaire a relevé de plusieurs régimes gérés par des organismes ou services distincts, le document est délivré par l'organisme ou le service déterminé selon les modalités fixées par décision du groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17 et approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le document d'information générale est envoyé par l'organisme ou le service compétent à l'adresse personnelle du bénéficiaire, postale ou électronique, connue par cet organisme ou service ou qui lui a été communiquée par l'un des organismes ou services en charge de l'un des régimes dont il a relevé, ou est mis à la disposition du bénéficiaire par tout autre moyen de communication électronique.

Pour l'application du présent article, les organismes et services échangent les adresses personnelles des intéressés dans des conditions garantissant notamment l'intégrité et la confidentialité des échanges, fixées par décision du groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17 et approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Le document d'information générale, dont le contenu est défini par le groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17, comporte notamment :

1° Une présentation générale du système de retraite par répartition, des règles d'acquisition de droits à pension et du mode de calcul des pensions, qui rappelle le principe de solidarité intergénérationnelle, le caractère contributif des régimes et les mécanismes de solidarité applicables ;

2° Une information sur l'impact potentiel sur la constitution de droits à retraite d'une activité professionnelle réduite, exercée à temps partiel ou donnant lieu à versement de cotisations forfaitaires en application de l'article L. 241-3, ainsi que sur la possibilité de cotiser à un régime de retraite légalement ou réglementairement obligatoire sur une assiette correspondant à une activité exercée à temps plein en cas d'emploi à temps partiel, en particulier dans les conditions prévues à l'article L. 241-3-1 ;

3° Une information sur les modalités de prise en compte des activités professionnelles accomplies dans l'Union européenne et ou dans un Etat tiers, pour autant qu'il ait conclu une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France.

Article D161-2-1-8-3

I. # L'entretien mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 161-17 est ouvert aux personnes d'au moins 45 ans qui ont relevé, à titre obligatoire ou volontaire, en qualité d'assurés ou à raison des services accomplis, d'un régime de retraite légalement ou réglementairement obligatoire, avant le 1er janvier de l'année au cours de laquelle elles demandent à bénéficier de l'entretien, sous réserve qu'elles n'aient pas déjà obtenu la liquidation ou, en cas de retraite progressive, la liquidation provisoire de leur pension dans ce régime.

L'entretien est réalisé dans un délai maximal de six mois suivant la demande de l'assuré.

II. # La demande d'entretien est adressée à l'un des organismes ou services mentionnés à l'article R. 161-10 parmi ceux en charge de la gestion de l'un des régimes dont le bénéficiaire relève ou a relevé et dont il n'a pas obtenu, à la date à laquelle il adresse sa demande, la liquidation ou, en cas de retraite progressive, la liquidation provisoire de la ou des pensions dont cet organisme ou service a la charge.

Pour être recevable, la demande doit comporter les mentions prévues aux 1° et 2° de l'article R. 161-11 ainsi que l'indication d'au moins l'un des régimes dont il déclare relever ou avoir relevé.

La demande est établie selon les modalités définies par décision du groupement d'intérêt public mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 161-17.

Dans le cas où l'assuré a adressé sa demande à un organisme ou service en charge d'un ou de plusieurs régimes où il n'a pas la qualité d'assuré ou dont il perçoit la ou les pensions, cet organisme ou ce service lui indique les organismes ou services auxquels il peut s'adresser en application du premier alinéa du présent II. Si l'assuré n'apporte pas d'indication permettant d'identifier un autre régime, cet organisme ou ce service l'informe qu'il doit s'adresser à un autre organisme ou service et lui communique la liste de ces organismes ou services.

Les assurés ayant bénéficié d'un entretien au titre du présent article ne peuvent bénéficier d'un nouvel entretien avant l'expiration d'un délai de six mois à compter de celui-ci.

A la demande de l'assuré, de l'organisme ou du service, l'entretien peut se dérouler par téléphone ou, avec l'accord de l'organisme ou du service et celui de l'assuré, par tout moyen de communication électronique.

III. # L'entretien a notamment pour objet :

1° D'informer l'assuré sur les possibilités ouvertes dans les régimes de retraite légalement ou réglementairement obligatoires :

- a) De cotiser en cas d'emploi à temps partiel sur une assiette correspondant à une activité exercée à temps plein ;
- b) De compléter la durée d'assurance au titre de certaines périodes, telles que les années d'études supérieures, les années d'activité incomplètes ou les périodes d'activité professionnelle exercées hors de France ;
- c) De liquider une pension de retraite à titre provisoire en application de l'article L. 351-15 ou de dispositions législatives ou réglementaires ayant le même objet ;
- d) De majorer la pension de retraite en application de l'article L. 351-1-2 ou de dispositions législatives ou réglementaires ayant le même objet ;
- e) D'exercer une activité professionnelle procurant des revenus après la liquidation d'une pension de retraite.

Pour l'application du présent 1°, un document d'information, défini par le groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17, est remis à l'assuré. Il comporte également les éléments définis aux 2° et 3° de l'article D. 161-2-1-8-2 ;

2° D'inviter l'assuré à vérifier la complétude des données du relevé mentionné à l'article R. 161-10 au regard de l'ensemble des droits qu'il a pu constituer dans les régimes de retraite légalement ou réglementairement obligatoires ;

3° De répondre aux questions de l'assuré relatives aux droits qu'il a pu constituer dans les régimes de retraite légalement obligatoires et aux perspectives d'évolution de ces droits, compte tenu des choix et aléas de carrière éventuels ;

4° De communiquer à l'assuré des simulations du montant potentiel de sa future pension, en prenant l'hypothèse d'une liquidation des droits :

- a) A l'âge d'ouverture des droits à retraite et à l'âge auquel s'annule le coefficient de minoration ;
- b) A la demande de l'assuré, selon d'autres hypothèses.

Les simulations sont remises à l'assuré lors de l'entretien ou, au plus tard, dans un délai de trois mois suivant la transmission par l'intéressé de justificatifs relatifs aux données du relevé mentionné à l'article R. 161-10.

IV. # Les simulations mentionnées au 4° du III sont réalisées à législation constante et sur la base d'hypothèses économiques et d'évolution salariale fixées chaque année par le groupement d'intérêt public prévu au neuvième alinéa de l'article L. 161-17. Les informations et données transmises aux assurés en application du présent alinéa n'engagent pas la responsabilité des organismes et services en charge de les délivrer.

Afin d'assurer la réalisation de ces simulations, un outil de simulation est rendu accessible en ligne aux assurés, selon des modalités fixées par décision du groupement d'intérêt public visé au neuvième alinéa de l'article L. 161-17.

V. # Lorsque, dans le cadre de l'entretien, l'assuré soulève une question relative à ses droits à retraite en application du 1° du présent article ou formule une demande de rectification relative aux données du relevé mentionné à l'article R. 161-10 en application du 3°, qui ne relèvent pas de la compétence de l'organisme ou service réalisant l'entretien, ce dernier la transmet dans un délai de deux semaines à l'organisme ou service compétent, lequel adresse une réponse à l'assuré dans un délai de deux mois.

Article D161-2-1-8-4

I.-L'entretien prévu au V de l'article L. 161-17, dont bénéficie l'assuré dans le cadre de tout projet d'expatriation, a notamment pour objet de l'informer :

1° Sur les règles générales d'acquisition de droits à pension ;

2° Sur les dispositifs lui permettant de cotiser volontairement à l'assurance vieillesse ou d'effectuer des rachats de cotisations au titre de périodes passées en application des articles L. 742-1 à L. 742-3, L. 742-6 et L. 763-1 du présent code et de l'article L. 722-18 du code rural et de la pêche maritime ;

3° Sur les modalités de prise en compte des activités professionnelles accomplies dans un Etat de l'Union européenne ou dans un Etat tiers ayant conclu une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France.

II.-La demande d'entretien est adressée selon les conditions prévues aux premier et quatrième alinéas du II de l'article D. 161-2-1-8-3.

Si l'assuré n'a jamais relevé de l'un des régimes gérés par les organismes ou services mentionnés aux 1° à 5° de l'article R. 161-10, sa demande est adressée à l'organisme chargé de la gestion des régimes de retraite de base du régime général de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 222-1.

Pour être recevable, la demande doit comporter les mentions prévues aux 1° et 2° de l'article R. 161-11.

III.-L'entretien est réalisé dans un délai maximal de trois mois suivant la demande de l'assuré, le cas échéant selon les modalités prévues au sixième alinéa du II de l'article D. 161-2-1-8-3.

Le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 161-17-1 élabore, en lien avec l'établissement public défini à l'article L. 767-1, les documents d'information générale et les éléments d'information complémentaires destinés à répondre aux besoins particuliers, qui sont transmis à l'assuré à l'occasion de l'entretien, le cas échéant sous forme dématérialisée. Ces informations sont également consultables et téléchargeables sur internet de manière accessible à l'ensemble du public.

IV.-Le conjoint d'un assuré ayant un projet d'expatriation peut demander à bénéficier d'un entretien dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article.

Paragraphe 2 : Ouverture du droit et liquidation.

Article D161-2-1-9

L'âge prévu au second alinéa de l'article L. 161-17-2 est fixé à :

- 1° Soixante ans pour les assurés nés avant le 1er juillet 1951 ;
- 2° Soixante ans et quatre mois pour les assurés nés entre le 1er juillet 1951 et le 31 décembre 1951 inclus ;
- 3° Soixante ans et neuf mois pour les assurés nés en 1952 ;
- 4° Soixante et un ans et deux mois pour les assurés nés en 1953 ;
- 5° Soixante et un ans et sept mois pour les assurés nés en 1954 ;
- 6° Soixante deux ans pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1955.

Article D161-2-1-10

L'âge prévu à l'article L. 161-17-2 est abaissé à due concurrence du nombre de trimestres attribués au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-6-1 du code de la sécurité sociale dans la limite de huit trimestres.

Article D161-2-2

Pour l'application de l'article L. 161-18, la caisse compétente pour apprécier l'inaptitude au travail est celle où l'intéressé a été affilié en dernier lieu. En cas d'activités simultanées relevant des régimes visés à l'article L. 161-18, la demande est valablement adressée à l'un des organismes dont relèvent ces activités. L'organisme qui apprécie l'inaptitude au travail informe le ou les autres régimes en cause.

Article D161-2-3

La caisse qui apprécie l'inaptitude au travail est chargée du contrôle du montant des revenus professionnels prévu selon le cas à l'article R. 352-2, dernier alinéa, à l'article D. 634-2 ou à l'article 71 (1) (§ 3-III, dernier

alinéa) du décret n° 50-1225 du 21 septembre 1950, ainsi que du respect des dispositions prévues à l'article L. 732-36 du code rural et de la pêche maritime.

Article D161-2-4

Pour l'application de l'article L. 161-18-1 et à l'exclusion des prestations visées au titre Ier du livre VIII, la régularité du séjour est justifiée par la production d'un des documents ou titres mentionnés à l'article D. 115-1.

Paragraphe 3 : Service des pensions de vieillesse.

Article D161-2-5

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 161-22 par le régime général de sécurité sociale, le régime des salariés agricoles ou l'un des régimes spéciaux de retraite au sens de l'article L. 711-1 auxquels s'appliquent les dispositions prévues du deuxième alinéa au quinzième alinéa de l'article L. 161-22, le service d'une pension de vieillesse est assuré à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré a rompu tout lien professionnel avec son employeur ou a cessé l'activité non salariée donnant lieu à affiliation au régime général.

Pour les pensions dont l'échéance est fixée au premier jour de chaque trimestre civil, le service de la pension est assuré à compter du premier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'assuré se trouve dans la situation définie à l'alinéa précédent.

Dans le cas où il exerçait en dernier lieu une activité non salariée donnant lieu à affiliation au régime général, l'assuré doit établir, par tout mode de preuve, qu'il a cessé définitivement cette activité, notamment par la production, suivant la nature de l'activité, d'un certificat de radiation du registre du commerce et des sociétés, du répertoire des métiers ou du registre des entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ou d'un certificat de cessation d'activité du chef d'entreprise délivré par la chambre de métiers et de l'artisanat de région.

Dans les autres cas, l'assuré doit produire une attestation sur l'honneur mentionnant la date de cessation de toute activité visée par le premier alinéa de l'article L. 161-22 dont il relevait au cours des six mois précédant la date d'effet de la pension. Lorsque l'assuré exerçait en dernier lieu une activité salariée relevant d'un régime spécial de retraite auquel s'appliquent les dispositions prévues du premier alinéa au quinzième alinéa de l'article L. 161-22 dont la gestion est assurée par l'employeur dont il relevait, il est dispensé, au titre de cette activité, de la production de cette attestation pour le service de la pension due par ce régime.

Article D161-2-6

Les activités antérieures et postérieures à la date d'effet de la pension qui doivent être prises en compte pour l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22, dans les conditions définies aux articles D. 161-2-7 à D. 161-2-10, D. 161-2-12, D. 161-2-15 et D. 161-2-16, sont celles qui ont donné lieu ou donnent lieu à affiliation aux régimes mentionnés au premier alinéa de l'article D. 161-2-5, à l'exception des

activités mentionnées aux 1° à 7° et au quinzième alinéa de l'article L. 161-22. Toutefois, lorsque les assurés exerçant les activités mentionnées au 7° de l'article L. 161-22 ne peuvent bénéficier des règles prévues par cet alinéa et que leur situation est alors examinée au regard des dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22, les revenus procurés par ces activités sont pris en compte pour l'application de ces dernières dispositions.

Article D161-2-7

I.-Sous réserve des dispositions des deux alinéas suivants et des II et IV ci-après, le revenu de l'activité antérieure à la date d'effet de la pension qui doit être pris en compte pour l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 est égal à la moyenne mensuelle des revenus d'activité perçus au cours de la période définie au III retenus pour le calcul de la contribution sociale généralisée instituée à l'article L. 136-1.

Pour les périodes d'activité antérieures au 1er février 1991, le revenu d'activité est égal à la moyenne mensuelle des revenus d'activité perçus au cours de la période définie au III retenus pour le calcul des cotisations affectées à la couverture des charges de prestations familiales.

Lorsque, dans un ou plusieurs régimes mentionnés au premier alinéa du D. 161-2-5, l'intéressé a relevé, successivement ou simultanément, de plusieurs employeurs au cours de la période définie au III ou a exercé, successivement ou simultanément, plusieurs activités non salariées donnant lieu à affiliation au régime général au cours de cette période, l'ensemble des revenus mentionnés aux deux alinéas précédents et perçus au cours de ladite période est pris en considération.

La prise en compte des revenus mentionnés aux trois alinéas précédents est subordonnée à la production, par l'assuré, des bulletins de salaires correspondants ou de tout autre moyen de preuve.

II.-En cas d'activité salariée exercée à temps partiel au cours de la période définie au III, le revenu d'activité défini au I ne peut être inférieur à celui correspondant à une activité exercée à temps complet.

Lorsque l'intéressé a exercé au cours de la période définie au III, une activité à temps partiel auprès de plusieurs employeurs relevant des régimes mentionnés au premier alinéa de l'article D. 161-2-5, le total des rémunérations à prendre en compte ne peut être inférieur à la rémunération correspondant à l'activité à temps complet la plus élevée.

L'application des dispositions des deux alinéas précédents est mise en oeuvre à la demande de l'assuré. A l'appui de sa demande, celui-ci doit produire une attestation du ou des employeurs concernés faisant apparaître la durée de travail de l'intéressé durant la période de référence et la durée de travail à temps complet applicable à l'entreprise durant cette même période ou tout autre moyen de preuve.

III.-La période retenue pour la détermination du revenu de l'activité antérieure à la date d'effet de la pension correspond au mois civil au cours duquel est intervenue la cessation d'activité dans l'un des régimes mentionnés au D. 161-2-5 auquel l'intéressé a été affilié en dernier lieu et aux deux mois civils précédents.

En cas d'affiliation simultanée à plusieurs régimes mentionnés au premier alinéa du D. 161-2-5 antérieurement à la date d'effet de la pension, la période définie à l'alinéa précédent est celle justifiée dans au moins un régime.

Lorsque les pensions acquises au titre de plusieurs régimes relevant du premier alinéa de l'article L. 161-22 prennent effet à des dates différentes, les règles définies aux deux alinéas précédents sont mises en oeuvre

sur la base de la période d'affiliation au régime dont l'intéressé a relevé en dernier lieu constatée lors de la dernière liquidation.

IV.-Lorsque la dernière période d'activité dans l'un des régimes mentionnés au D. 161-2-5 auquel l'intéressé a été affilié en dernier lieu antérieurement à la date d'effet de la pension est d'une durée inférieure à celle définie au premier alinéa du III, le revenu qui doit être pris en compte pour l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 est déterminé dans les conditions suivantes :

1° Si les revenus d'activité retenus pour le calcul de la contribution ou des cotisations mentionnées aux premier et deuxième alinéas du I ont été perçus au cours d'un seul mois civil, le revenu mentionné à l'alinéa précédent correspond au total desdits revenus ;

2° Si les revenus d'activité retenus pour le calcul de la contribution ou des cotisations mentionnées aux premier et deuxième alinéas du I ont été perçus au cours de deux mois civils, le revenu mentionné au premier alinéa correspond à la moyenne mensuelle desdits revenus.

Les règles définies aux troisième et quatrième alinéas du I, au II et aux deuxième et troisième alinéas du III sont également applicables dans la situation prévue au premier alinéa.

Article D161-2-8

Pour la période postérieure à celle définie aux III et IV de l'article D. 161-2-7 et antérieure à la date à laquelle sont mises en oeuvre les règles prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22, le revenu défini à l'article D. 161-2-7 est revalorisé, sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, dans les mêmes conditions que les pensions servies par le régime au titre duquel ce revenu a donné lieu à cotisation.

Lorsque l'intéressé a relevé, au cours de la période définie aux III et IV de l'article D. 161-2-7, de plusieurs régimes mentionnés au premier alinéa du D. 161-2-5, le revenu est revalorisé sur la base du dispositif de revalorisation des pensions applicable dans le régime de la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4.

Article D161-2-9

Le revenu défini à l'article D. 161-2-7, le cas échéant revalorisé en application de l'article D. 161-2-8, ne peut être inférieur à 160 % du montant mensuel du salaire minimum de croissance déterminé compte tenu de la valeur horaire de ce salaire au 1er janvier de l'année au cours de laquelle sont mises en oeuvre les règles prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 et sur la base de 1 820 heures par année civile.

Article D161-2-10

Le revenu de l'activité postérieure à la date d'effet de la pension qui doit être pris en compte pour l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 est le revenu servant de base au calcul de la contribution sociale généralisée instituée à l'article L. 136-1.

Lorsque l'intéressé relève simultanément de plusieurs employeurs ou exerce simultanément plusieurs activités non salariées donnant lieu à affiliation au régime général, l'ensemble des revenus perçus est pris en considération.

Article D161-2-11

Les pensions qui doivent être prises en compte pour l'application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 161-22 sont les pensions de droit direct liquidées par les régimes visés auxdits alinéas, quelle que soit leur date d'effet. Sont également pris en compte les avantages accessoires de ces pensions qui sont liquidés au titre de ces régimes, à l'exception de la majoration pour aide constante d'une tierce personne. Ces pensions et avantages accessoires sont retenus pour leur montant brut.

Article D161-2-12

Les activités relevant des régimes mentionnés au premier alinéa de l'article D. 161-2-5 antérieures à la date d'effet de la pension qui doivent être prises en considération pour la mise en oeuvre des trois premiers alinéas de l'article L. 161-22 sont celles exercées au cours des six mois précédant la date d'effet de la pension.

En cas de reprise, postérieurement à la date d'effet de la pension, soit d'une activité salariée pour le compte de l'employeur dont relevait l'assuré avant cette date, soit de l'activité non salariée, donnant lieu à affiliation au régime général, qu'exerçait l'assuré pour le compte de la même entreprise avant cette date, la situation de l'intéressé au regard du délai fixé à l'alinéa précédent et du délai de six mois postérieur à la date d'effet de la pension fixé au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 est appréciée compte tenu :

1° En cas d'exercice d'une activité salariée antérieurement à la date d'effet de la pension : de la date d'effet de la fin du contrat de travail en vigueur antérieurement à la date d'effet de la pension et, selon la nature de l'activité reprise, soit de la date d'effet du nouveau contrat de travail conclu postérieurement à la date d'effet de la pension avec le même employeur, soit de la date d'effet du début de l'activité non salariée exercée postérieurement à la date d'effet de la pension pour le compte de la même entreprise ;

2° En cas d'exercice d'une activité non salariée donnant lieu à affiliation au régime général antérieurement à la date d'effet de la pension : de la date d'effet de la cessation de cette activité et, d'autre part, selon la nature de l'activité reprise, soit de la date d'effet du contrat de travail conclu postérieurement à la date d'effet de la pension avec l'employeur de la même entreprise, soit de la date d'effet du début de l'activité non salariée exercée postérieurement à la date d'effet de la pension auprès de la même entreprise.

Article D161-2-13

Le titulaire d'une pension de vieillesse d'un ou plusieurs régimes mentionnés au premier alinéa de l'article D. 161-2-5 prenant effet à compter de l'âge fixé à l'article R. 161-18 qui reprend une ou plusieurs activités donnant lieu à affiliation à l'un ou plusieurs de ces régimes doit, dans le mois suivant la date de la reprise d'activité, déclarer sa situation, par écrit, à l'organisme qui lui sert la pension au titre de son dernier régime d'affiliation relevant dudit alinéa. En cas d'affiliation simultanée à plusieurs de ces régimes lors du départ en retraite, l'organisme auprès duquel l'assuré doit déclarer sa situation est celui qui lui sert la pension correspondant à la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4.

L'intéressé doit produire à l'organisme susmentionné les éléments d'information et pièces justificatives suivants :

- a) Les noms et adresses soit du ou des employeurs auprès desquels il exerce une activité salariée, soit du ou des entreprises auprès desquelles il exerce une activité non salariée donnant lieu à affiliation au régime général ;
- b) La date de début de cette ou ces activités ;
- c) Le montant et la nature des revenus professionnels afférents à cette ou ces activités ainsi que le ou les régimes de sécurité sociale auxquels il est affilié à ce titre ;
- d) Les bulletins de salaire afférents à la période définie au III et IV de l'article D. 161-2-7 et, pour les personnes exerçant une activité non salariée au sens de l'article L. 161-22, tout document justificatif des revenus perçus durant ladite période ;
- e) Les noms et adresses des autres organismes de retraite de salariés, de base et complémentaires, qui lui servent une pension.
- f) Le cas échéant, les pièces justificatives prévues au dernier alinéa du II de l'article D. 161-2-7.

Par dérogation au deuxième alinéa, l'assuré qui entend cumuler le bénéfice de sa pension de retraite avec un revenu d'activité dans les conditions prévues aux quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 161-22 produit, auprès du ou des organismes mentionnés au premier alinéa, les éléments prévus aux a et b ci-dessus, lorsqu'ils n'ont pas déjà été communiqués à ces organismes, dans le mois suivant la reprise de l'activité et y joint une attestation sur l'honneur énumérant les différents régimes mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 161-22 dont il a relevé et certifiant qu'il est entré en jouissance de toutes ses pensions de vieillesse personnelles.

Article D161-2-14

Les organismes gestionnaires des régimes relevant du premier alinéa de l'article D. 161-2-5 rappellent à leurs ressortissants, lors de la liquidation de la pension puis chaque année, les règles prévues par ce même article ainsi que l'obligation de déclaration définie à l'article D. 161-2-13.

L'instruction du dossier de l'assuré, consécutivement à sa déclaration, incombe à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article D. 161-2-13. Lorsque l'assuré a saisi un autre organisme de sécurité sociale, celui-ci transmet la déclaration de l'assuré à l'organisme compétent.

Article D161-2-15

En cas de reprise, dans les six mois postérieurs à la date d'effet de la pension, d'une activité salariée pour le compte de l'employeur dont relevait l'assuré avant cette date ou de l'activité non salariée, donnant lieu à affiliation au régime général, qu'exerçait l'assuré pour le compte de la même entreprise avant cette date, la pension n'est pas due :

1° Lorsqu'elle est à échéance mensuelle : pour la période comprise entre le premier jour du mois au cours duquel intervient la reprise de l'activité et le dernier jour du mois au cours duquel cesse l'activité et, au plus tard, le dernier jour du sixième mois courant à compter de la date d'effet de la pension ;

2° Lorsqu'elle est à échéance trimestrielle : pour la période comprise entre le premier jour du trimestre au cours duquel intervient la reprise de l'activité et le dernier jour du trimestre au cours duquel cesse l'activité et, au plus tard, le dernier jour du sixième mois courant à compter de la date d'effet de la pension.

Les dispositions ci-dessus sont également applicables lorsque l'assuré n'a pas cessé son activité à la date d'effet de sa pension. Dans ce cas, l'application de ces dispositions court à compter de la date d'effet de la pension.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurés remplissant, lors de la reprise d'activité, les conditions prévues aux quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 161-22.

Article D161-2-16

I.-Les dispositions du présent article sont applicables :

1° En cas de reprise, postérieurement à la date d'effet de la pension, d'une activité salariée pour le compte de l'employeur dont relevait l'assuré avant cette date ou de l'activité non salariée, donnant lieu à affiliation au régime général, qu'exerçait l'assuré pour le compte de la même entreprise avant cette date : à compter du premier jour du septième mois courant de la date d'effet de la pension ;

2° En cas de reprise, postérieurement à la date d'effet de la pension, d'une activité salariée pour le compte d'un employeur autre que celui mentionné au 1° ou d'une activité non salariée, donnant lieu à affiliation au régime général, pour le compte d'une entreprise autre que celle mentionnée au 1° : à compter de la date d'effet de la pension.

Toutefois, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurés remplissant les conditions prévues aux quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 161-22.

II.-La pension dont l'échéance est mensuelle n'est pas due pour le mois civil au cours duquel le montant des revenus d'activité tels qu'ils sont définis à l'article D. 161-2-10 est supérieur à la différence entre, d'une part, le montant du dernier revenu d'activité antérieur à la date d'effet de la pension tel qu'il résulte de l'application des articles D. 161-2-7 à D. 161-2-9 et, d'autre part, le total du montant des pensions de retraite mentionnées à l'article D. 161-2-11. Lorsqu'une ou plusieurs pensions de retraite concernées ont une échéance trimestrielle, le montant à prendre en considération est déterminé sur une base mensuelle.

III.-La pension dont l'échéance est trimestrielle n'est pas due pour le trimestre au cours duquel le montant des revenus d'activité tels qu'ils sont définis à l'article D. 161-2-10 est supérieur à la différence entre, d'une part, le montant du dernier revenu d'activité antérieur à la date d'effet de la pension tel qu'il résulte de l'application des articles D. 161-2-7 à D. 161-2-9 et, d'autre part, le total du montant des pensions de retraite visées à l'article D. 161-2-11. Lorsqu'une ou plusieurs pensions de retraite concernées ont une échéance mensuelle, le montant à prendre en considération est déterminé sur une base trimestrielle. Il en est de même pour le montant du dernier revenu d'activité antérieur à la date d'effet de la pension.

IV.-Lorsque la déclaration de l'assuré intervient dans le délai fixé au premier alinéa de l'article D. 161-2-13, les dispositions du II et du III prennent effet à compter du premier jour du mois ou du trimestre suivant celui au cours duquel l'organisme compétent notifie sa décision à l'assuré.

V.-Pour apprécier la situation de l'assuré au regard de la règle de suspension du service de la pension prévue au troisième alinéa de l'article L. 161-22, sont pris en compte les revenus définis à l'article D. 161-2-10 et les pensions mentionnées à l'article D. 161-2-11 afférents à la période correspondant à la dernière échéance de la pension concernée par cette règle. Lorsqu'une ou plusieurs pensions à prendre en compte ont une échéance

différente de celle de la pension faisant l'objet de la règle précitée, le montant à retenir est déterminé sur la base de l'échéance correspondant à cette dernière pension.

En cas de suspension du service de la pension, celle-ci dure aussi longtemps que l'assuré ne fait pas état d'une baisse de ses revenus d'activité ou de la cessation de son activité. Le rétablissement du service de la pension prend effet au premier jour du mois ou du trimestre au cours duquel les conditions de rétablissement sont remplies. Un rappel d'arrérages est le cas échéant versé.

Article D161-2-16-1

L'assuré bénéficie des dispositions des quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 161-22 à compter du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il remplit les conditions prévues à ce même article.

Article D161-2-17

Pour l'application des règles issues de l'article L. 161-22, les organismes gestionnaires des régimes mentionnés au premier alinéa de l'article D. 161-2-5 mettent en oeuvre des procédures de contrôle a posteriori.

Le contrôle a posteriori est réalisé par l'organisme qui sert la pension au titre du dernier régime d'affiliation relevant du premier alinéa de l'article D. 161-2-5. En cas d'affiliation simultanée à plusieurs régimes relevant de ces dispositions, l'organisme compétent est celui qui sert la pension rémunérant la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4.

Dans le cadre d'un contrôle a posteriori, les règles définies à l'article D. 161-2-15 et aux II et III de l'article D. 161-2-16 sont mises en oeuvre pour chaque échéance de pension antérieure au contrôle.

Article D161-2-18

La décision prise par l'organisme compétent, en application des articles D. 161-2-15 à D. 161-2-17, s'impose aux autres organismes gestionnaires des régimes visés au premier alinéa de l'article L. 161-22 dont le service des pensions relève de l'article D. 161-2-5, dès lors que l'échéance de paiement des pensions en cause est identique.

Article D161-2-19

Les retraités exerçant une activité mentionnée au 7° de l'article L. 161-22 communiquent aux établissements de santé et aux établissements ou services sociaux et médico-sociaux auprès desquels ils exercent cette activité le nom et l'adresse de l'organisme qui leur sert une pension au titre d'un régime de base mentionnés au premier alinéa de l'article D. 161-2-5 ainsi que la date d'effet de cette pension.

Lorsque les intéressés sont titulaires de pensions au titre de plusieurs régimes de base mentionnés au premier alinéa de l'article D. 161-2-5, les informations prévues ci-dessus sont fournies pour l'ensemble des

organismes concernés, en précisant celui d'entre eux qui sert la pension correspondant à la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4.

Article D161-2-20

Pour les activités relevant du 7° de l'article L. 161-22, les établissements de santé et les établissements ou services sociaux et médico-sociaux concernés communiquent à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article D. 161-2-19 les informations suivantes :

1° En cas d'exercice d'activités, entre la date d'effet de la pension et le dernier jour du sixième mois courant à compter de cette date, pour le compte de l'établissement ou du service dont relevait l'assuré au cours des six mois précédant la date d'effet de sa pension : la durée totale des activités en cause afférente à la période postérieure à la date d'effet de la pension.

2° Les revenus perçus au titre des activités en cause au cours de chaque année civile, tels qu'ils sont définis au 2° de l'article R. 161-19.

Lorsque les intéressés sont titulaires de pensions au titre de plusieurs régimes de base mentionnés au premier alinéa de l'article D. 161-2-5, les informations prévues aux 1° et 2° sont fournies à l'organisme qui sert la pension correspondant à la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4, en lui précisant le nom et l'adresse des autres organismes concernés.

Article D161-2-21

I.-Dans le cas prévu au 1° de l'article D. 161-2-20 et lorsque la durée totale des activités en cause afférente à la période postérieure à la date d'effet de la pension est supérieure à la moitié de celle définie au 1° de l'article R. 161-19, les arrérages de pension correspondant à la période d'exercice desdites activités ne sont pas dus.

Lorsque les intéressés sont titulaires de pensions au titre de plusieurs régimes de base mentionnés au premier alinéa de l'article D. 161-2-5, les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent à l'ensemble de ces pensions. La situation des intéressés au regard de ces dispositions est appréciée par l'organisme défini au dernier alinéa de l'article D. 161-2-20, lequel en informe ensuite les autres organismes concernés.

II.-Sous réserve des dispositions du I, la réduction de la pension de retraite prévue au 7° de l'article L. 161-22 est applicable lorsque les revenus mentionnés au 2° de l'article D. 161-2-20 sont supérieurs au plafond défini au 2° de l'article R. 161-19. Cette réduction est égale à la différence entre le montant de ces revenus et ce plafond.

Lorsque les intéressés sont titulaires de pensions au titre de plusieurs régimes de base mentionnés au premier alinéa de l'article D. 161-2-5, les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent au regard de la pension correspondant à la plus longue durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au sens des articles R. 351-3 et R. 351-4.

Article D161-2-22

Les arrérages non dus en application des articles D. 161-2-15 à D. 161-2-17 et de l'article D. 161-2-21 donnent lieu à remboursement.

Paragraphe 4 : Pensions de réversion

Paragraphe 5 : Revalorisation des pensions de vieillesse

Article D161-2-26

La commission mentionnée au premier alinéa de l'article L. 161-23-1 est la commission économique de la nation créée par le décret n° 99-416 du 26 mai 1999 portant suppression de la commission des comptes et des budgets économiques de la nation et création de la commission économique de la nation.

Sous-section 5 : Accidents du travail.

Article D161-3

Le délai prévu à l'article L. 161-24 est fixé à douze mois.

Section 2 : Dispositions diverses.

Section 3 : Dispositions d'application

Section 4 : Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé

Article D161-6

Le Comité national paritaire de l'information médicale comprend :

1° Un conseiller maître de la Cour des comptes, président, nommé sur proposition du premier président de la Cour des comptes ;

2° Quinze représentants des professions et établissements de santé ;

3° Quinze représentants des caisses nationales d'assurance maladie.

Les membres du comité sont nommés pour trois ans.

Article D161-7

Les membres du Comité national paritaire de l'information médicale mentionnés au 2° de l'article D. 161-6 comprennent :

1° Quatre professionnels nommés sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des médecins ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

2° Un professionnel nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des chirurgiens-dentistes ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

3° Un professionnel nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des sages-femmes ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

4° Un professionnel nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives des pharmaciens ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

5° Un professionnel nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

6° Trois professionnels représentant les auxiliaires médicaux pratiquant des actes inscrits à la nomenclature des actes professionnels dont un nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des infirmiers ou, à défaut, après consultation de ces organisations, un nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des masseurs-kinésithérapeutes ou, à défaut, après consultation de ces organisations, et un nommé sur proposition conjointe des organisations nationales syndicales les plus représentatives, au sens de l'article L. 162-33, des autres auxiliaires médicaux ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

7° Trois personnes nommées sur proposition conjointe des organisations nationales représentant les établissements privés ou, à défaut, après consultation de ces organisations ;

8° Une personne nommée sur proposition conjointe des organisations nationales représentant les centres de santé agréés ou, à défaut, après consultation de ces organisations.

Les suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les titulaires.

Article D161-8

Les membres du Comité national paritaire de l'information médicale mentionnés au 3° de l'article D. 161-6 comprennent :

1° Le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le directeur général de la caisse centrale de secours mutuels agricoles et le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou leurs représentants ;

2° Le médecin-conseil national de chacune des caisses nationales mentionnées au 1°, ou son représentant ;

3° Deux administrateurs de chacune des caisses nationales mentionnées au 1°, désignés en leur sein par les conseils d'administration ou leurs suppléants ;

4° Une personnalité qualifiée nommée par chacune des caisses nationales mentionnées au 1°.

Article D161-9

Le Comité national de l'information médicale se réunit sur convocation de son président ou à la demande de la majorité des membres qui le compose.

Les deux catégories de représentants mentionnés aux 2° et 3° de l'article D. 161-6 élisent chacune en leur sein un vice-président.

Article D161-10

Le Comité national paritaire de l'information médicale élabore son règlement intérieur. Celui-ci fixe notamment :

1° Les conditions de fonctionnement du comité ;

2° Les conditions dans lesquelles les membres du comité peuvent se donner procuration ;

3° Les conditions dans lesquelles le comité peut se réunir en formation restreinte pour examiner des questions particulières.

Article D161-11

Les décisions du Comité national paritaire de l'information médicale sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du comité donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux signés du président. Le secrétariat du comité est assuré par le ministère chargé de la sécurité sociale.

Les membres du comité, ainsi que toute personne qui assiste aux réunions du comité, sont tenus au secret professionnel selon les règles prévues pour les administrateurs des organismes de sécurité sociale.

Article D161-12

Les membres du comité sont indemnisés, le cas échéant, de leurs frais de déplacement et de séjour. Ces frais sont à la charge de l'Etat.

Article D161-13

Pour l'application de l'article L. 161-30, le Comité national paritaire de l'information médicale :

1° Emet à la demande du ministre chargé de la sécurité sociale des avis sur les dispositions réglementaires prises pour l'application du premier alinéa de l'article L. 161-29 ;

2° Emet à la demande du ministre chargé de la sécurité sociale, des caisses nationales d'assurance maladie ou des organisations syndicales de professionnels ou d'établissements de santé tous avis relatifs à l'application de l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale.

Article D161-13-1

Lors de la délivrance de produits de santé remboursables destinés à un assuré porteur de la carte électronique individuelle inter-régimes ou à l'un de ses ayants droit, le pharmacien est tenu de reporter sur l'original de l'ordonnance les éléments suivants :

1° Le montant total des frais d'acquisition des produits délivrés incluant, le cas échéant, l'honoraire de dispensation, le montant total pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire de l'assuré et le montant total de la participation de l'assuré ainsi que, le cas échéant et lorsque le pharmacien en a connaissance, le montant total pris en charge par son assurance complémentaire de santé. Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 160-13 ;

2° Pour chaque spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 présentée au remboursement :

- a) La quantité délivrée ;
- b) La dénomination sous laquelle la spécialité figure sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ;
- c) Le numéro sous lequel la spécialité est inscrite sur cette liste ;
- d) Le prix de vente unitaire au public fixé en application de l'article L. 162-16-4 ;
- e) Le cas échéant, le tarif forfaitaire de responsabilité prévu à l'article L. 162-16 ;
- f) Le tarif unitaire de l'honoraire de dispensation y afférent ;
- g) La part de la base de remboursement garantie par le régime d'assurance maladie obligatoire de l'assuré.

3° Le cas échéant, le montant, ainsi que la part de la base de remboursement garantie par le régime d'assurance maladie obligatoire de l'assuré, des autres catégories d'honoraires dont le tarif est fixé par la convention nationale prévue à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

Les mentions prévues au présent article sont présentées conformément aux spécifications techniques et selon un modèle définis par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Section 5 : Titres et documents attestant de la régularité du séjour et du travail des ressortissants étrangers

Article D161-14

Les titres ou documents prévus à l'article L. 161-25-1 sont ceux mentionnés à l'article D. 115-1.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 1er bis : Haute Autorité de santé

Section 1 : Contribution financière des établissements de santé

Section 2 : Base de données administratives et scientifiques publique sur les traitements et le bon usage des produits de santé

Article D161-18

La base de données administratives et scientifiques mentionnée à l'article L. 161-40-1, mise en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en liaison avec la Haute Autorité de santé et l'Union des caisses d'assurance maladie, sous l'égide du ministère chargé de la santé, est accessible, librement et gratuitement, sur le site internet du ministère chargé de la santé.

Article D161-19

La base de données comprend, notamment, des informations et des données relatives aux spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché délivrée en France, conformément à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, ou bénéficiant d'un enregistrement conformément aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ou d'une autorisation d'importation parallèle conformément à l'article L. 5124-13 du même code.

Article D161-20

Pour les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article D. 161-19, les données sont, notamment :

- 1° Le nom de la spécialité au sens de l'article R. 5121-2 du code de la santé publique ;
- 2° La composition qualitative et quantitative en substances actives ;
- 3° Le nom du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou de l'enregistrement ou de l'autorisation d'importation parallèle ;

- 4° La date de l'autorisation de mise sur le marché ou de l'enregistrement ou de l'autorisation d'importation parallèle ;
- 5° Les différentes présentations commercialisées, accompagnées de la date de la déclaration de leur commercialisation ;
- 6° Le résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5121-23 du code de la santé publique ;
- 7° La notice prévue à l'article R. 5121-148 du code de la santé publique ;
- 8° Les conditions de prescription et de délivrance ;
- 9° Le code identifiant la spécialité et le code identifiant la présentation ;
- 10° Le type de procédure d'autorisation ;
- 11° L'appartenance à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;
- 12° Le motif et la date de l'avis de la Commission de la transparence ;
- 13° Les indications thérapeutiques du médicament ainsi que les niveaux de service médical rendu et d'amélioration du service médical rendu correspondants ;
- 14° Le lien vers les pages du site de la Haute Autorité de santé présentant une synthèse de l'avis de la Commission de la transparence ainsi que l'avis complet de cette dernière ;
- 15° Le prix de vente au public, en euros toutes taxes comprises, de la spécialité, par présentation ;
- 16° Le taux de remboursement du médicament ;
- 17° L'agrément aux collectivités du médicament ;
- 18° Le cas échéant, la date d'arrêt de commercialisation de la spécialité ou de l'une de ses présentations ;
- 19° Le cas échéant, la date de suspension, de retrait ou d'abrogation de l'autorisation de mise sur le marché ou la date de suppression de l'enregistrement ou la date de fin de l'autorisation d'importation parallèle ;
- 20° Les informations de sécurité sanitaire ;
- 21° Le statut du médicament au regard de son autorisation de mise sur le marché et de sa commercialisation ;
- 22° L'appartenance à la liste des médicaments faisant l'objet d'une surveillance supplémentaire.

Article D161-21

I. # Les données administratives et scientifiques sont mises à jour régulièrement.

II. # Les données relatives aux spécialités pharmaceutiques dont l'autorisation de mise sur le marché est retirée ou abrogée ne sont plus accessibles au terme d'un délai de deux ans suivant la date de la décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou de la Commission européenne portant retrait ou abrogation de l'autorisation.

Les données relatives aux spécialités dont l'autorisation d'importation parallèle a pris fin ne sont plus accessibles au terme d'un délai de deux ans suivant la date d'échéance de l'autorisation.

Les données relatives aux spécialités dont l'enregistrement a été retiré ne sont plus accessibles au terme d'un délai de deux ans suivant la date de la décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé retirant l'enregistrement.

Les données relatives aux spécialités dont toutes les présentations font l'objet d'un arrêt de commercialisation ne sont plus accessibles au terme d'un délai de deux ans suivant l'arrêt de commercialisation de la dernière présentation.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 1 : Médecins

Sous-section 1 : Organisme gestionnaire des sommes affectées à la formation professionnelle conventionnelle.

Sous-section 2 : Médecin traitant.

Article D162-1-6

Outre les cas mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 162-5-3, la majoration prévue au cinquième alinéa de cet article n'est pas appliquée :

1° Lorsqu'à la suite d'une prescription du médecin traitant, des soins itératifs sont pratiqués par le médecin consulté, sous réserve que ces soins aient fait l'objet d'un plan de soins. Ce plan de soins, convenu entre les deux médecins en accord avec le patient, fixe la nature et la périodicité de ces soins ;

2° En cas d'intervention successive de plusieurs médecins pour une même pathologie, sous réserve que cette séquence de soins soit réalisée en concertation avec le médecin traitant ;

3° Pour les actes et consultations prévus dans le cadre du protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 ;

4° Pour les actes et consultations assurés, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, par le médecin qui assure son remplacement ou, lorsque le médecin traitant exerce en centre de santé ou en groupe, par un autre médecin exerçant dans le même centre ou dans un cabinet situé dans les mêmes locaux ;

5° Pour les actes et consultations d'un médecin intervenant au titre de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique ;

6° Pour les actes et consultations assurés par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies ;

7° Lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin du service de santé des armées ;

8° Pour les consultations de génétique prévues au quatrième alinéa de l'article L. 1131-1-2 du code de la santé publique.

Article D162-1-7

La majoration prévue au cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 n'est pas appliquée lorsque le patient consulte, sans prescription de son médecin traitant, des médecins relevant des spécialités suivantes : gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuro-psychiatrie.

Article D162-1-8

Les durées mentionnées à l'article L. 162-5-4 applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou par un médecin qui s'installe dans une zone mentionnée à l'article L. 162-47 sont de cinq ans.

Sous-Section 3 : Contrat type comportant des engagements individualisés.

Article D162-1-9

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent d'un délai d'un mois à compter de la réception du contrat type prévu à l'article L. 162-12-21 pour faire connaître leur opposition à l'application de ce contrat.

Sous-section 4 : Mise sous accord préalable des forts prescripteurs

Article D162-1-10

Les dispositions du 5° de l'article L. 162-1-15 sont mises en œuvre selon les modalités suivantes :

1° Pour les produits inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, l'appréciation du volume de prescription pourra se faire sur la base d'une spécialité ou de regroupements par classe thérapeutique ou par principe actif ;

2° Pour les actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7, le volume de prescription ou de réalisation pourra être apprécié au regard d'un acte déterminé ou d'un groupe défini par :

- a) Un article, un chapitre, un titre ou une lettre clef de la nomenclature générale des actes professionnels ;
 - b) Un chapitre ou un sous-chapitre de la classification commune des actes médicaux ;
 - c) Un chapitre ou sous-chapitre de la nomenclature des actes de biologie médicale ;
- 3° Pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, le volume de prescription pourra être apprécié pour un produit ou prestation déterminé ou par un groupe défini par un titre, un chapitre, une section, une sous-section ou un paragraphe de cette liste.

Sous-Section 5 : Procédure contradictoire préalable à une mise sous accord préalable

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques.

Article D162-2-1

Le comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 est composé des membres suivants :

- 1° Un président et deux vice-présidents, l'un chargé du médicament, l'autre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1, nommés pour une durée de trois ans par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie ;
- 2° Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
- 3° Le directeur général de la santé ou son représentant ;
- 4° Le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes ou son représentant ;
- 5° Le directeur général des entreprises ou son représentant ;
- 6° Deux représentants des organismes nationaux d'assurance maladie désignés par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et un représentant désigné conjointement par le directeur de la Caisse nationale du régime social des indépendants et le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;
- 7° Un représentant désigné par le conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Pour chaque représentant titulaire désigné au titre du 6° et du 7°, deux représentants suppléants peuvent être désignés dans les mêmes conditions que les représentants titulaires.

Assistent aux réunions du comité, avec voix consultative, le directeur général de l'offre de soins ou son représentant et un représentant du ministre chargé de la recherche.

En fonction de l'ordre du jour, le président peut associer le directeur général de la cohésion sociale ou son représentant, un représentant du ministre chargé du budget, un représentant du ministre chargé de l'agriculture, un représentant du ministre chargé des petites et moyennes entreprises ou un représentant du ministre chargé des anciens combattants aux travaux du comité et de ses sections, avec voix consultative.

Lorsque l'ordre du jour comporte l'examen de produits ou prestations relevant de l'article L. 165-1 et contribuant à la prise en charge d'une perte d'autonomie, le président peut associer aux travaux du comité et de ses sections, pour le produit ou la prestation concernée, un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, avec voix consultative.

Article D162-2-2

Pour l'exercice de ses missions, le comité peut entendre :

- a) Le directeur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou son représentant ;
- b) Le président du collège de la Haute Autorité de santé ou son représentant ;
- c) Le président de la Commission de la transparence mentionnée à l'article R. 163-15 ou son représentant ;
- d) Le président de la commission mentionnée à l'article L. 165-1 ou son représentant ;
- e) Le président de la commission prévue à l'article R. 5054 du code de la santé publique ou son représentant ;
- f) Le président de la commission mentionnée au treizième alinéa de l'article L. 161-37,

ainsi que toute personne qualifiée.

Le comité peut également saisir la Haute Autorité de santé d'une demande d'évaluation ou d'avis relevant des compétences de l'une des commissions mentionnées au présent article.

Article D162-2-3

I. - Lorsqu'il exerce les missions définies aux articles L. 162-16-4, L. 162-17-3, L. 162-17-4 et L. 162-18, le comité économique des produits de santé se réunit en section du médicament ; le vice-président qui siège est celui en charge du médicament.

II. - Lorsqu'il exerce les missions définies aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4, le comité économique des produits de santé se réunit en section des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 ; le vice-président qui siège est celui en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

Article D162-2-4

Les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'industrie notifient, après consultation de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, chaque année au président du comité économique des produits de santé, après publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les orientations relatives à la politique économique du médicament, prévues à l'article L. 162-17-3.

Le comité économique des produits de santé remet chaque année un rapport sur l'activité de ses deux sections aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'industrie.

Le comité économique des produits de santé peut être saisi sur les questions relevant de ses attributions mentionnées notamment aux articles L. 162-17-3 et L. 165-4 par les ministres compétents ou par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le comité économique des produits de santé est saisi par les entreprises exploitant des médicaments, les fabricants ou les distributeurs des produits mentionnés à l'article L. 165-1 pour l'exercice de ses compétences définies aux articles L. 162-17-4, L. 162-18 et L. 165-4.

Article D162-2-5

Le comité économique des produits de santé se réunit sur convocation de son président. Le président fixe l'ordre du jour des séances. Les délibérations du comité économique des produits de santé ne sont valables que si au moins six de ses membres ayant voix délibérative sont présents.

Le président recherche l'accord des membres du comité sur les dossiers qui lui sont présentés. En cas de désaccord, les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents. En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante. Le président du comité notifie immédiatement aux membres du comité mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article D. 162-2-1 les décisions relatives aux prix et aux tarifs prises par le comité en application des articles L. 162-16, L. 162-16-4 à L. 162-16-6 et L. 165-2 à L. 165-4.

Le président signe les conventions passées et les décisions prises en application des articles L. 162-16-4 à L. 162-16-6, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L. 162-18 et L. 165-2 à L. 165-4.

En cas d'absence ou d'empêchement du président, ses pouvoirs sont exercés, pour les missions définies aux articles L. 162-16-4, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L. 162-18, par le vice-président chargé du médicament ; pour les missions définies aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4, par le vice-président chargé des produits mentionnés à l'article L. 165-1.

Article D162-2-6

Le comité économique des produits de santé élabore son règlement intérieur. Le secrétariat du comité est placé auprès de la direction de la sécurité sociale.

Le président peut confier l'instruction des dossiers étudiés par le comité à des rapporteurs désignés par le comité.

Les membres du comité économique des produits de santé ainsi que les rapporteurs sont soumis aux dispositions de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique.

Article D162-2-8

Dans la limite des crédits ouverts à cet effet au budget du ministère de l'emploi et de la solidarité, le président, les vice-présidents et les rapporteurs du comité économique des produits de santé peuvent percevoir des indemnités ou vacations dans les conditions ci-après :

Des indemnités peuvent être attribuées au président et aux vice-présidents du comité des produits de santé sauf si ces fonctions sont exercées à temps plein et font l'objet de rémunérations correspondant à des emplois permanents.

L'indemnité allouée au président a un caractère forfaitaire et mensuel.

L'indemnité mensuelle allouée aux vice-présidents a un caractère forfaitaire et mensuel. En outre, le vice-président chargé du médicament peut recevoir une indemnité variable fixée par le président du comité économique des produits de santé en fonction des sujétions rencontrées dans l'exercice de ses fonctions.

Les rapporteurs désignés en application de l'article D. 162-2-6 perçoivent pour leurs travaux des vacations dont le nombre est fixé par le président du comité selon l'importance des travaux effectués.

Le montant des indemnités attribuées au président et aux vice-présidents ainsi que le taux unitaire et le nombre maximum annuel de vacations allouées à un même rapporteur sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la fonction publique.

Le président, les vice-présidents, les membres et les rapporteurs du comité économique des produits de santé peuvent bénéficier du remboursement des frais de transport et de séjour qu'ils sont susceptibles d'engager à l'occasion de déplacements effectués dans le cadre de leur mission dans les conditions fixées par le décret n

° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

Section 5 : Etablissements de soins.

Article D162-3

L'objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 est constitué des charges d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation couverts par les éléments suivants :

1° Les forfaits mentionnés à l'article R. 162-32 ;

2° Les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ;

3° Les consultations et actes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26 et relatifs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;

4° Les forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

5° Les forfaits relatifs aux interruptions volontaires de grossesse réalisées en établissement de santé dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;

6° Les forfaits techniques, fixés en application des dispositions de l'article L. 162-1-7, facturés par les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 titulaires d'une autorisation administrative de fonctionnement d'un équipement matériel lourd en application des dispositions du II de l'article R. 712-37-1 du code de la santé publique.

Article D162-4

L'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 est constitué des charges d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation couverts par les éléments suivants :

1° Les forfaits mentionnés à l'article R. 162-31 ;

2° La fourniture des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang respectivement mentionnés aux c et d de l'article R. 162-31-1 ;

3° La fourniture des produits mentionnés au e de l'article R. 162-31-1 ;

4° La fourniture des médicaments mentionnés au f de l'article R. 162-31-1.

Article D162-5

Font l'objet d'un financement conjoint sous forme de tarifs de prestation d'hospitalisation et d'un forfait annuel les activités de soins suivantes :

1° L'activité d'accueil et de traitement des urgences mentionnée au 14 de l'article R. 712-37-1 du code de la santé publique ;

2° L'activité de prélèvements d'organes mentionnée à l'article L. 1233-1 du même code ;

3° L'activité de transplantations d'organes et de greffes de moelle osseuse mentionnée au 8 de l'article R. 712-37-1 susmentionné.

Bénéficient de ce financement les établissements de santé autorisés à exercer ces activités.

Article D162-6

Peuvent être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux missions d'intérêt général suivantes :

1° L'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation. Notamment, à ce titre :

a) La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique ;

b) L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;

c) La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours ;

d) Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs ;

2° La participation aux missions de santé publique mentionnées ci-dessous :

a) La vigilance, la veille épidémiologique, l'évaluation des pratiques et l'expertise réalisées par des centres de référence au bénéfice des autorités de santé publique, des établissements de santé ou du public ;

b) La formation, le soutien, la coordination et l'évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des équipes soignantes ;

c) La collecte, la conservation et la distribution des produits d'origine humaine, à l'exception de la part de cette activité couverte par les tarifs de cession ;

- d) Les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci ;
 - e) Le dépistage anonyme et gratuit effectué dans les conditions prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique ;
 - f) La prévention et l'éducation pour la santé ;
 - g) Le conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes ;
 - h) La veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles ;
 - i) L'intervention d'équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies en consultation ou en hospitalisation ;
 - j) L'aide médicale urgente réalisée par les services d'aide médicale urgente et les services mobiles d'urgence et de réanimation respectivement mentionnés aux articles L. 6112-5 et R. 6123-10 du code de la santé publique ;
- 3° La participation à la définition et à la mise en oeuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :
- a) La politique hospitalière ;
 - b) Le développement du dialogue social dans le secteur hospitalier ;
 - c) La coopération internationale en matière hospitalière.
- 4° La permanence des soins hospitalière.

Article D162-7

Peuvent également être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques dans les conditions suivantes :

- 1° Prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité ;
- 2° Prise en charge des détenus dans des unités hospitalières spécialisées ou dans les établissements pénitentiaires ;
- 3° Prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé ;
- 4° La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.

Article D162-8

Un arrêté précise la liste des structures, des programmes et des actions ainsi que des actes et produits pris en charge par la dotation nationale mentionnée à l'article L. 162-22-13 au titre des missions mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7.

Cette dotation participe au financement de ces missions dans la limite des dépenses y afférentes à l'exclusion de la part incombant à d'autres financeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires et de celle déjà supportée par l'assurance maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la prise en charge des soins.

Article D162-9

Le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 est conclu, pour une durée de cinq ans, entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie et le représentant légal de l'établissement après avis conforme de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale mentionnées aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique.

Le contrat est transmis, par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la caisse d'assurance maladie dont relève l'établissement de santé en application des dispositions des articles L. 174-2 ou L. 174-18 du présent code. Cette caisse est également informée de toute modification, suspension ou résiliation affectant le contrat.

Ce contrat, ainsi que toute modification, suspension ou résiliation l'affectant, est par ailleurs transmis pour information par le médecin-conseil régional du régime général au médecin coordonnateur régional du régime d'assurance maladie des professions agricoles et au médecin-conseil régional du régime social des indépendants.

Article D162-10

Le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations fixe son calendrier d'exécution et mentionne les objectifs quantitatifs et qualitatifs ainsi que les indicateurs de suivi et de résultats attendus nécessaires à son évaluation périodique. L'établissement adresse un rapport d'étape annuel à l'agence régionale de santé qui en accuse réception. Une copie de ce rapport est adressée simultanément au médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie.

Ce rapport d'étape annuel est établi conformément à un modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il sert à l'évaluation du contrat.

Le rapport d'étape annuel correspondant à la quatrième année du contrat et les dernières données de la cinquième année d'exécution du contrat disponibles servent à l'élaboration du contrat suivant.

Article D162-10-1

Le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est établi conformément à un contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il fixe, notamment, les obligations et engagements portant sur :

1° Le bon usage des produits de santé ;

2° La qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, notamment les engagements pris dans le cadre du programme d'actions mentionné au 1° du I de l'article R. 6111-10 du code de la santé publique ;

3° L'informatisation du processus de prise en charge médicamenteuse du patient ;

4° Le développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau ;

5° Les produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation ;

6° L'évaluation et les modalités de transmission du rapport d'étape annuel ;

7° Les modalités de réduction du taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en cas de non-respect des engagements souscrits, dans les conditions prévues à l'article D. 162-13 ;

8° Le respect, pour les produits mentionnés à l'article L. 162-22-7, de la conformité de leur utilisation à l'une des conditions suivantes :

-pour les spécialités pharmaceutiques, aux indications de l'autorisation de mise sur le marché, sous réserve des restrictions de prise en charge apportées, le cas échéant, par l'arrêté d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7, ou aux dispositions du I de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique ;

-pour les produits et prestations, aux conditions de prise en charge prévues par la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ou à un protocole thérapeutique temporaire établi par la Haute Autorité de santé.

Lorsqu'un professionnel de santé prescrit une spécialité pharmaceutique dans les conditions prévues au 2° du I de l'article L. 5121-12-1 ou lorsqu'il prescrit un produit ou une prestation en dehors du cadre défini à l'alinéa précédent, il porte au dossier médical du patient l'argumentation qui l'a conduit à prescrire en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.

Le contrat type précise ses modalités d'entrée en vigueur et de résiliation.

L'annexe du contrat type intègre le socle commun d'indicateurs nationaux et les indicateurs de suivi régionaux. Cette annexe définit pour chaque engagement souscrit des objectifs cibles et intermédiaires de réalisation exprimés en termes quantitatifs et qualitatifs.

Article D162-11

En contrepartie du respect des engagements souscrits par l'établissement de santé dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, le remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est garanti à l'établissement pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 sous réserve des dispositions des articles D. 162-12 à D. 162-15.

Article D162-12

L'établissement transmet chaque année, avant le 1er avril, le rapport d'étape annuel prévu à l'article D. 162-10 portant sur l'année civile précédente. A défaut de transmission par l'établissement du rapport d'étape annuel dans les délais requis, le taux de remboursement des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 est fixé, après mise en demeure de l'établissement, à 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article D162-13

En cas de non-respect par l'établissement de santé des engagements souscrits au titre d'un exercice, constaté au vu du rapport transmis par l'établissement en application de l'article D. 162-10 et, le cas échéant, des résultats des contrôles sur pièces et sur place effectués, le taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 peut être réduit et fixé entre 70 % et 100 %. Il peut varier, le cas échéant, selon les spécialités pharmaceutiques ou les produits.

Le taux de remboursement qu'il est proposé d'appliquer pour un an est communiqué à l'établissement, avant le 15 mai, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. L'établissement transmet ses observations écrites, dans les mêmes formes, à l'agence régionale de santé dans les dix jours suivant cette réception. Le taux de remboursement est arrêté, chaque année, au plus tard le 15 juin, par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il est applicable pour la période du 1er juillet de l'année en cours au 30 juin de l'année suivante.

La fixation du taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie doit être motivée.

Article D162-13-1

La réduction du taux de remboursement, en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant mentionné au II de l'article L. 162-22-7 ou en cas de non-respect manifeste de ces dispositions, est appliquée dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article D. 162-13.

Article D162-14

S'il est constaté par la caisse d'assurance maladie compétente ou par l'agence régionale de santé une facturation en sus non conforme aux conditions d'utilisation fixées à l'article D. 162-10-1, le taux de remboursement de la spécialité ou du produit et de la prestation concernés peut être fixé, dans le respect des dispositions de l'article D. 162-13, à un taux inférieur à celui arrêté pour l'ensemble des produits financés en sus des prestations d'hospitalisation, dans la limite de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

La caisse d'assurance maladie compétente, le cas échéant informée par l'agence régionale de santé, procède sans délai à la récupération de l'indu auprès de l'établissement de santé concerné.

La caisse porte à la connaissance de l'agence régionale de santé cette récupération d'indu.

Article D162-15

Si le directeur général de l'agence régionale de santé constate en cours d'année l'inexécution manifeste des engagements souscrits, il invite l'établissement, par lettre recommandée avec avis de réception, à prendre les mesures de redressement qui s'imposent dans un délai qui ne peut être inférieur à trois mois. Si, à l'issue de ce délai, l'établissement n'a pas déféré à cette mise en demeure, le directeur de l'agence régionale met fin au contrat. Il notifie alors sa décision à l'établissement, par lettre recommandée avec avis de réception, et en informe les organismes d'assurance maladie. A compter de la date de fin du contrat, le taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les produits inscrits sur la liste visée à l'article L. 162-22-7 est celui mentionné au quatrième alinéa du même article.

Article D162-16

Un observatoire régional constitué auprès de l'agence régionale de santé regroupe notamment des représentants des établissements de santé de la région ayant conclu un contrat de bon usage, dont un établissement autorisé à pratiquer une activité d'hospitalisation à domicile. Il assure un suivi et une analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional. Il organise, notamment sur la base de ces travaux, des échanges réguliers sur les pratiques relatives à l'usage des médicaments et des produits et prestations, notamment ceux figurant sur la liste visée à l'article L. 162-22-7 et également, s'agissant des produits et prestations, ceux visés à la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 165-1.

La dotation régionale prévue à l'article L. 162-22-13 peut contribuer au financement de cet observatoire.

L'observatoire définit notamment les critères d'évaluation, en fonction des indicateurs et des thèmes régionaux.

Un observatoire interrégional peut être constitué auprès de plusieurs agences régionales de santé en lieu et place des observatoires régionaux.

Article D162-17

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée comprend :

1° Au titre des services de l'Etat :

a) Le chef de l'inspection générale des affaires sociales ;

b) Le directeur général de l'offre de soins ;

c) Le directeur de la sécurité sociale ;

d) Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;

e) Le directeur général de la santé.

2° Au titre des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés :

a) Le président de la Fédération hospitalière de France ;

b) Le président de la Fédération de l'hospitalisation privée ;

c) Le président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif ;

d) Le président de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer ;

e) Le président de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile.

3° Au titre des organismes nationaux d'assurance maladie, cinq représentants désignés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le président de l'observatoire et le vice-président sont nommés par le ministre chargé de la santé parmi les représentants des services de l'Etat.

L'observatoire se réunit au moins deux fois par an à l'initiative de son président ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale.

Il ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Lorsque le quorum n'est pas atteint, il se réunit à nouveau dans les huit jours et la délibération n'est pas soumise à l'obligation de quorum.

Les membres disposent chacun d'une voix délibérative. Les rapports semestriels et les avis de l'observatoire relatifs à la mise en oeuvre de la procédure prévue au second alinéa du II des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10 sont adoptés à la majorité des voix. Celle du président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

Un secrétaire permanent, placé auprès de la direction générale de l'offre de soins, assure l'organisation des travaux ainsi que la préparation des rapports prévus à l'article L. 162-21-3. Les frais inhérents au fonctionnement du secrétariat de l'observatoire sont pris en charge dans la limite des crédits ouverts à cet effet au budget du ministère de la santé.

L'observatoire élabore son règlement intérieur.

L'observatoire remet chaque année aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement :

-au plus tard le 30 mai, un rapport portant notamment sur les charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 au titre de l'année précédente ;

-au plus tard le 15 octobre, un rapport portant notamment sur les données d'activité de soins et les charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 au titre du premier semestre de l'année en cours.

Section 6 : Actions expérimentales.

Article D162-18

Les actions expérimentales de caractère médical et social agréées conformément aux dispositions de l'article L. 162-31 font l'objet :

1°) d'une convention de règlement des prestations légales dans les conditions prévues par les articles R. 162-46 et suivants ;

2°) d'une convention d'expérimentation dans les conditions définies ci-après ;

3°) le cas échéant, d'une convention spécifique pour prise en charge de la participation des assurés sociaux.

Article D162-19

La convention d'expérimentation est conclue entre la personne physique ou morale titulaire de l'agrément et la caisse primaire d'assurance maladie, la caisse de base du régime social des indépendants et la caisse de mutualité sociale agricole ou un ou deux de ces organismes seulement en fonction du champ d'application des actions expérimentales envisagées, ainsi que par les collectivités ou organismes publics ou privés qui participent au financement d'opérations de prévention, d'éducation sanitaire, d'épidémiologie ou d'action sociale.

Elle définit les obligations respectives des parties, les conditions générales de mise en oeuvre de l'expérimentation, les modalités de financement et la répartition des charges entre les signataires.

Sa durée ne peut être supérieure à la convention de règlement mentionnée au 1° de l'article D. 162-18.

Elle entre en vigueur après son approbation par le préfet du département où se déroule l'action expérimentale.

Article D162-20

La convention spécifique relative à la prise en charge de la participation des assurés sociaux mentionnée au 3° de l'article D. 162-18 est conclue entre la personne physique ou morale titulaire de l'agrément et une ou plusieurs sociétés ou unions ou fédérations mutualistes ou sociétés ou groupements d'assurance habilités à verser aux assurés sociaux des prestations complémentaires aux prestations des assurances sociales.

Article D162-21

Il est procédé, une fois par an, à l'évaluation des résultats des actions expérimentales, dans les conditions définies à l'article R. 162-50.

Le rapport d'activité est en outre transmis, pour avis, aux syndicats des professions de santé représentatifs au plan national concernées par l'expérience ainsi qu'à la fédération nationale de la mutualité française.

Section 7 : Centres de santé et entreprises pharmaceutiques

Sous-section 1 : Centres de santé

Article D162-22

La partie des cotisations visée au premier alinéa de l'article L.162-32 pour la détermination de la subvention mentionnée à ce même alinéa est fixée à 11,5 points.

Article D162-23

Il n'est accordé aucun remboursement par les caisses d'assurance maladie pour les malades soignés dans un centre de santé non agréé.

Article D162-24

Pour bénéficier de la dispense d'avance des frais prévue à l'article L. 162-32, le malade devra produire sa carte d'assuré social mentionnée à l'article L. 161-31, pour justifier de son droit aux prestations.

Le centre de santé transmet, avec sa demande de paiement, à l'organisme d'assurance maladie servant les prestations de base à l'assuré, dans les conditions fixées aux articles R. 161-47 et R. 161-48, les documents mentionnés à l'article R. 161-40 permettant la constatation des soins et conditionnant l'ouverture du droit au remboursement.

Le règlement de la part garantie par la caisse d'assurance maladie est effectué directement auprès du centre de santé.

Sous-section 2 : Entreprises pharmaceutiques.

Section 8 : Dispositions diverses.

Article D162-26

Le délai dans lequel l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire fait part de sa décision de participer à une négociation en application de l'article L. 162-14-3 est de vingt et un jours à compter de la réception de la notification par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de son intention d'ouvrir une négociation.

Article D162-27

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie adresse pour signature à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire le projet d'accord, de convention ou d'avenant par lettre recommandée avec accusé de réception. Le refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure cet accord, cette convention ou cet avenant fait l'objet d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. L'absence de réponse dans un délai d'un mois vaut également refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Article D162-28

Le délai prévu au troisième alinéa de l'article L. 162-14-3 est fixé à six mois.

Article D162-29

Le délai prévu au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7-1 est fixé à six mois.

Le délai prévu au premier alinéa de l'article L. 162-1-8 est fixé à cinq mois.

Le délai prévu au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-8 est fixé à trente jours.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 3 : Spécialités remboursables

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 4 : Produits d'origine humaine

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 5 : Appareillage.

Section unique : Devis normalisé d'appareillage auditif.

Article D165-1

Le devis normalisé d'appareillage auditif mentionné à l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale établit une présentation distincte de l'appareillage auditif proposé et des prestations d'adaptation indissociables de cet appareillage.

Le devis fait ressortir de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé et le prix global des prestations d'adaptation indissociables dans les conditions précisées à l'article D. 165-2.

Article D165-2

Le devis normalisé d'appareillage auditif mentionné à l'article L. 165-9 et ses annexes comprennent au minimum les éléments suivants :

- 1° Les informations nécessaires à l'identification précise de l'audioprothésiste, du médecin prescripteur et de l'assuré ou de son ayant droit ;
- 2° Le numéro d'enregistrement dans une série continue, la date d'émission et la durée de validité du devis ;
- 3° La marque, le modèle, la classe, le contenu et la durée de la garantie, le prix de vente hors taxes et toutes taxes comprises de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé incluant les accessoires et les éléments renouvelables nécessaires à son fonctionnement, le cas échéant pour chaque oreille en cas d'appareillage bilatéral ;
- 4° La durée des essais, les éléments facturés le cas échéant à l'occasion des essais et le montant restant éventuellement à la charge du patient si l'appareil n'est pas acheté à l'issue des essais. Le montant du dépôt de garantie éventuellement demandé pour le matériel confié pendant les essais ;
- 5° La nature des prestations d'adaptation indissociables de l'appareillage proposé, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique, et leur prix global estimé hors taxes et toutes taxes comprises, le cas échéant pour chaque oreille en cas d'appareillage bilatéral ;

6° Le prix net toutes taxes comprises à payer par l'assuré ou son ayant droit et le tarif de prise en charge par l'assurance maladie correspondant figurant sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;

7° La signature de l'audioprothésiste délivrant le devis.

Le devis est obligatoirement accompagné d'une fiche technique présentant les principales spécificités de l'appareil proposé.

Article D165-3

Le devis normalisé mentionné à l'article L. 165-9 est rédigé conformément au modèle fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la consommation.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 6 : Contrôle médical

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 7 : Tutelle aux prestations sociales

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 8 : Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie

Article D168-1

La demande de versement de l'allocation d'accompagnement d'une personne en fin de vie prévue à l'article L. 168-1, établie conformément à un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, est accompagnée des pièces suivantes :

1° Pour les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 168-1, une attestation de l'employeur précisant que le demandeur bénéficie d'un congé de solidarité familiale ou l'a transformé en période d'activité à temps partiel ;

2° Pour les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 168-1, une déclaration sur l'honneur du demandeur précisant que le demandeur a suspendu ou réduit son activité professionnelle pour accompagner à domicile une personne en fin de vie.

Article D168-2

Les personnes mentionnées à l'article L. 168-2 bénéficient de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie dans les conditions suivantes :

1° Etre un ascendant, un descendant, un frère, une sœur ou une personne de confiance de la personne accompagnée au sens de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ou partager le même domicile que celle-ci ;

2° Accompagner la demande d'allocation, établie conformément au modèle mentionné à l'article D. 168-1, d'une déclaration sur l'honneur de cessation de recherche active d'emploi pour accompagner à domicile une personne en fin de vie.

Article D168-3

La demande d'allocation comporte l'indication, par l'accompagnant, du nombre de journées d'allocation demandées dans la limite maximale fixée, selon qu'il suspend ou réduit son activité professionnelle, au premier alinéa de l'article L. 168-4 ou à l'article D. 168-8.

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 168-2, la limite maximale est fixée au premier alinéa de l'article L. 168-4 ou à l'article D. 168-8 selon qu'elles exercent ou non une activité professionnelle et qu'elles la suspendent ou la réduisent.

Article D168-4

L'accompagnant adresse sa demande d'allocation à l'organisme dont il relève, en cas de maladie, pour le versement des prestations en espèces ou le maintien de tout ou partie de la rémunération.

Cet organisme informe, dans les quarante-huit heures à compter de la date de réception de la demande, celui dont relève la personne accompagnée pour le service des prestations en nature de l'assurance maladie. Le silence gardé pendant plus de sept jours à compter de la date à laquelle l'organisme reçoit la demande vaut accord.

Article D168-5

L'allocation est due à compter de la date de réception de la demande par l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article D. 168-4, dès lors que les conditions sont réunies à cette date.

Article D168-6

Le montant de l'allocation est fixé à 54,17 € par jour lorsque le demandeur suspend son activité professionnelle. Ce montant est revalorisé à la même date et selon le même taux que l'allocation journalière de présence parentale mentionnées au 9° de l'article L. 511-1.

Article D168-7

Le montant de l'allocation est fixé à 54,17 € par jour pour les personnes mentionnées à l'article L. 168-2 qui n'exercent aucune activité professionnelle. Ce montant est revalorisé à la même date et selon le même taux que l'allocation journalière de présence parentale mentionnées au 9° de l'article L. 511-1.

Article D168-8

Lorsque le demandeur réduit son activité professionnelle, le nombre maximal d'allocations journalières est porté à 42. En ce cas, le montant de l'allocation fixé à l'article D. 168-6 est diminué de moitié.

Article D168-9

Le versement des indemnités dues aux personnes mentionnées à l'article L. 168-2 est suspendu pendant les jours de versement de l'allocation journalière d'accompagnement de fin de vie. Il reprend à l'issue de la période de versement de l'allocation journalière d'accompagnement de fin de vie.

Article D168-10

En cas de partage de l'allocation entre plusieurs bénéficiaires pour une même personne accompagnée, chacun établit une demande et l'adresse à l'organisme mentionné au premier alinéa de l'article D. 168-4.

Chaque demande comporte les informations permettant l'identification des autres bénéficiaires, telles que prévues sur le modèle mentionné à l'article D. 168-1, ainsi que la répartition du nombre d'allocations demandées par chacun des accompagnants.

Le nombre maximal d'allocations servies pour une même personne accompagnée ne peut excéder ceux prévus aux articles D. 168-6 à D. 168-8 selon le montant de l'allocation journalière.

Lorsque l'organisme d'assurance maladie dont relève la personne accompagnée reçoit plusieurs demandes concomitantes excédant le nombre maximal mentionné au troisième alinéa du présent article, celles-ci sont classées par ordre chronologique croissant en fonction de la date de réception de la demande par l'organisme dont relève l'accompagnant. L'organisme dont relève la personne accompagnée autorise alors le versement de l'allocation aux demandes les plus anciennes jusqu'à épuisement de nombre maximal d'allocations. Lorsque le nombre maximal d'allocations pour une même personne accompagnée est atteint, les autres demandes sont rejetées.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 9 : Prise en charge des victimes d'un acte de terrorisme

Article D169-1

Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-1 :

- 1° Les personnes blessées s'entendent des personnes présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme et ayant subi un dommage physique ou psychique immédiat directement lié à cet acte ;
- 2° Les personnes impliquées s'entendent des personnes présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme qui, ultérieurement à cet acte, présentent un dommage physique ou psychique qui lui est directement lié.

Article D169-2

Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-11, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est chargée :

- 1° De coordonner l'action des organismes d'assurance maladie. A cet effet, elle centralise les questions des assurés avant leur transmission, s'il y a lieu, à leur régime d'affiliation ;
- 2° De coordonner l'envoi, par les organismes d'assurance maladie, aux personnes mentionnées aux articles L. 169-1 et L. 169-7 d'une attestation leur permettant de faire valoir, auprès des professionnels et établissements de santé, la dispense d'avance des frais prévue à l'article L. 169-8 ;
- 3° D'évaluer, au vu des données statistiques fournies par les organismes d'assurance maladie, l'impact de la mise en œuvre des articles L. 169-2 à L. 169-7 sur les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie et de l'Etat.

Article D169-3

L'expertise médicale commune mentionnée à l'article L. 169-13 du présent code est diligentée par le fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances au plus tard après consolidation de la blessure ou stabilisation de l'état de santé de la victime de l'acte de terrorisme.

L'expertise médicale commune est effectuée dans les conditions prévues à l'article R. 422-7 du code des assurances.

Sauf opposition de la victime dûment avertie, le médecin expert adresse son rapport d'expertise sous pli confidentiel au médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs

salariés, au titre du rôle de coordination mentionné à l'article L. 169-11 du présent code, dans les dix jours suivant la transmission à la victime dans les conditions prévues à l'article R. 422-7 du code des assurances.

Le règlement des honoraires du médecin expert incombe au fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 1er : Dispositions générales - Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité

Section 1 : Dispositions générales.

Sous-section 1 : Coordination entre le régime général et les régimes spéciaux.

Article D171-2

Les dispositions des articles D. 171-3 à D. 171-11 sont applicables aux travailleurs des branches d'activité ou entreprises mentionnées à l'article R. 711-1 ou relevant de l'article R. 711-24, lorsqu'ils exercent simultanément une activité salariée ou assimilée relevant du régime général de sécurité sociale.

Article D171-3

I.-Sous réserve des dispositions des articles D. 171-4 à D. 171-11, les travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2 sont affiliés, cotisent et bénéficient des prestations simultanément auprès de chacun des régimes de sécurité sociale dont relèvent leurs activités.

II.-Les employeurs des travailleurs mentionnés au I cotisent simultanément à l'ensemble des régimes de sécurité sociale auxquels sont affiliés ces travailleurs.

Pour l'application des dispositions relatives au plafond des cotisations dues au régime général, il est tenu compte, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 242-3, des rémunérations soumises à cotisations dans l'ensemble des régimes salariés.

Article D171-4

Les travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2 qui sont affiliés simultanément, au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, au régime général et à un régime spécial bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues à l'article D. 160-15.

Article D171-5

Les travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2 qui bénéficient d'une organisation spéciale en matière de prévention et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles et qui exercent simultanément une activité salariée ou assimilée relevant de l'organisation générale de la sécurité sociale, sont couverts, en cas d'accident du travail, par l'organisation dont relève l'activité qu'ils exerçaient effectivement ou qu'ils allaient exercer, ou qu'ils venaient d'exercer, au moment de l'accident.

Les prestations en espèces auxquelles peuvent prétendre les intéressés sont calculées en tenant compte des salaires ou gains qu'ils percevaient au titre de l'ensemble de leurs activités salariées ou assimilées.

Lorsque la réparation de l'accident du travail incombe à l'organisation générale, l'organisation spéciale de sécurité sociale dont relève l'intéressé impute, pendant la période d'incapacité temporaire, sur le montant des prestations en espèces qu'elle peut servir à l'intéressé, la fraction de l'indemnité journalière correspondant à la rémunération perçue au titre de son activité de l'organisation spéciale.

Article D171-6

Les rentes allouées par l'organisation générale en application de l'article D. 171-5 se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraites auxquelles peuvent avoir droit les intéressés en vertu de leur statut particulier et pour la constitution desquelles ils ont été appelés à subir une retenue sur leur traitement ou salaire. Toutefois, ce cumul est limité, dans le cas où la pension d'invalidité serait allouée en raison d'infirmités ou de maladies résultant de l'accident qui a donné lieu à l'attribution de la rente, à 80 % du salaire perçu, au moment de l'accident ou de la dernière liquidation ou révision de la rente, par le travailleur valide de la catégorie à laquelle appartenait la victime du fait de son activité relevant du régime spécial. Le montant de la réduction de rentes résultant éventuellement des dispositions du présent article est acquis à l'organisme débiteur de la pension ou de la retraite due en vertu d'un statut particulier.

En aucun cas, l'ensemble des indemnités allouées en application du présent article ne peut être inférieur au montant de la rente qui aurait été servie en vertu de l'article L. 434-2. Les majorations éventuellement dues au titre du présent alinéa sont à la charge de l'organisation générale.

Article D171-7

Les travailleurs mentionnés à l'article D. 171-2, qui ne bénéficient pas de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles au titre de leur activité relevant du régime spécial, en application de l'article L. 413-12, ont droit, lorsqu'ils sont victimes d'un accident survenu dans l'exercice de leur activité relevant du régime général, aux prestations prévues par le code de la sécurité sociale, calculées sans tenir compte des salaires ou gains perçus au titre de l'activité relevant de l'article L. 413-12 susmentionné.

Article D171-8

Les rentes allouées par le régime général de sécurité sociale en application des articles D. 171-5 à D. 171-7 se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraite auxquelles peuvent avoir droit les intéressés en vertu de leur statut particulier et pour la constitution desquelles ils ont été appelés à subir une retenue sur leur traitement ou salaire. Toutefois, ce cumul est limité, dans le cas où la pension d'invalidité serait allouée en raison d'infirmités ou de maladies résultant de l'accident qui a donné lieu à l'attribution de la rente, à 80 % du salaire perçu, au moment de l'accident ou de la dernière liquidation ou révision de la rente, par le travailleurs valide de la catégorie à laquelle appartenait la victime du fait de son activité relevant du régime spécial . Le montant de la réduction de rentes résultant éventuellement des dispositions du présent article est acquis à l'organisme débiteur de la pension ou de la retraite en vertu d'un statut particulier.

En aucun cas, l'ensemble des indemnités allouées en application du présent article ne peut être inférieur au montant de la rente calculée sans tenir compte des salaires ou gains perçus au titre de l'activité relevant du régime spécial qui aurait été servie en vertu de l'article L. 434-2. Les majorations éventuellement dues au titre du présent alinéa sont à la charge de l'organisation générale.

Article D171-9

Lorsqu'un travailleur mentionné à l'article D. 171-2 est victime, dans l'exercice de son activité relevant du régime général, d'un accident ou d'une maladie professionnelle entraînant son décès, le régime général rembourse au régime spécial auquel l'intéressé était soumis une somme égale au montant du capital-décès prévu aux articles L. 361-1 à L. 361-4, dans la limite des prestations servies par le régime spécial à l'occasion du décès.

Article D171-11

Les dispositions des articles D. 171-3 à D. 171-9 ne sont pas applicables aux fonctionnaires titulaires et stagiaires de l'Etat et aux agents permanents des collectivités locales ne relevant pas, au titre de leur activité principale, des dispositions du livre IV du présent code, lorsqu'ils exercent une activité accessoire au service de l'Etat, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public.

Dans ce cas, aucune cotisation n'est due, au titre de l'activité accessoire par l'administration, la collectivité ou l'établissement employeur, ni par l'intéressé. Ce dernier n'a droit qu'aux prestations prévues par le régime dont il relève du fait de son activité principale. Les accidents survenus dans l'activité accessoire sont réparés comme s'ils étaient survenus dans l'activité principale.

Sous-section 2 : Coordination entre le régime des non-salariés agricoles et les régimes des travailleurs indépendants non agricoles.

Article D171-12

I.-Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 171-3 sont affiliées, cotisent, sur l'ensemble de leurs revenus, et ouvrent droit à prestations dans le seul régime de leur activité principale, telle que définie par le présent article.

II.-Pour l'application du I, l'activité principale est réputée être l'activité la plus ancienne.

III.-A partir de la troisième année civile suivant celle au cours de laquelle le premier alinéa de l'article L. 171-3 devient applicable, les personnes intéressées peuvent demander que l'activité qui a procuré le montant de chiffre d'affaires ou de recettes hors taxes le plus élevé sur les trois dernières années soit considérée comme leur activité principale.

L'affiliation au régime de cette nouvelle activité principale prend effet le 1er janvier de la deuxième année civile suivant ces trois années civiles consécutives.

IV.-Par dérogation aux II et III, lorsque l'une des activités est permanente et l'autre saisonnière, l'activité principale est réputée être l'activité permanente. Si cette activité est la plus récente, l'affiliation au régime dont relève l'activité permanente prend effet à la date à laquelle la situation de cumul débute.

Article D171-13

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 171-3, les travailleurs non salariés exercent le droit d'option prévu au III de l'article D. 171-12 auprès du régime dont ils relèvent par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Sous-section 3 : Dispositions diverses.

Article D171-14

Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 171-6 sont affiliées et, le cas échéant, cotisent simultanément aux régimes de sécurité sociale dont relèvent leurs pensions.

Section 2 : Dispositions communes à l'assurance vieillesse et à l'assurance invalidité

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 2 : Coordination en matière d'assurances maladie, maternité, invalidité, décès

Section 1 : Coordination entre le régime général et les régimes spéciaux

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article D172-1

Lorsqu'un travailleur salarié ou assimilé cesse d'être soumis à un régime spécial d'assurances sociales, relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-24 sans devenir tributaire soit d'un autre régime spécial, soit du régime général de sécurité sociale, le régime spécial reste responsable des prestations des assurances maladie, maternité, invalidité ou décès tant que l'intéressé satisfait aux conditions de durée de travail ou de périodes assimilées et d'immatriculation, telles qu'elles sont fixées aux articles L. 161-8, L. 313-1, L. 313-2 et L. 341-2. Pour l'appréciation de ses droits, les périodes pendant lesquelles il a été affilié au régime spécial sont assimilées à des périodes d'immatriculation au régime général.

Article D172-2

La charge des prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès versées à des travailleurs qui cessent d'être soumis à un régime spécial d'assurances sociales pour devenir tributaires soit d'un autre régime spécial soit du régime général de sécurité sociale ou inversement, incombe :

1°) en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie, au régime auquel l'assuré était affilié à la date des soins dont le remboursement est demandé ;

2°) en ce qui concerne les prestations en espèces de l'assurance maladie, au régime auquel l'assuré était affilié à la date de l'interruption de travail ;

3°) en ce qui concerne les prestations de l'assurance maternité, au régime auquel l'assuré était affilié au premier jour du neuvième mois précédant la date présumée de l'accouchement ou au début du repos prénatal ;

4°) en ce qui concerne les prestations de l'assurance décès, au régime auquel l'assuré était affilié à la date du décès ;

5°) en ce qui concerne les prestations de l'assurance invalidité, au régime auquel l'assuré était affilié à la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou de l'accident suivi d'invalidité, ou de la constatation médicale de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

Article D172-3

Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations, l'intéressé doit justifier, soit des conditions exigées aux articles L. 161-8, L. 313-1, L. 313-2 et L. 341-2 lorsque la charge des prestations incombe au régime général de sécurité sociale, soit des conditions exigées par la réglementation propre au régime spécial, lorsque la charge des prestations incombe à ce régime.

Article D172-4

Pour l'appréciation du droit aux prestations :

1°) la durée d'immatriculation à l'un des deux régimes est assimilée à une durée d'immatriculation à l'autre régime ;

2°) le temps de travail effectué sous l'un des deux régimes et le temps assimilé à un temps de travail pour l'ouverture du droit aux prestations à l'égard de ce régime sont pris en compte, pour leur durée, par l'autre régime.

Article D172-5

Dans le cas mentionné aux articles D. 172-2 à D. 172-4, et par dérogation aux dispositions de l'article D. 172-3, les prestations sont accordées à l'assuré qui ne remplit pas, compte tenu des dispositions de l'article D. 172-4, les conditions d'ouverture du droit à prestations à l'égard du régime auquel incombe la charge des prestations, mais qui les remplit à l'égard de l'autre régime en ne tenant compte que du temps de travail accompli sous celui-ci.

Article D172-6

Lorsque la réglementation propre à un régime spécial ne permet pas l'attribution des prestations dudit régime dans les cas mentionnés aux articles précédents, ce régime doit accorder à l'intéressé les prestations prévues par le régime général de sécurité sociale.

Article D172-7

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité au titre d'un régime spécial de retraites ne peuvent prétendre, s'ils deviennent tributaires du régime général de sécurité sociale, au bénéfice de l'assurance invalidité de ce régime pour une invalidité ayant la même origine que celle pour laquelle ils sont déjà pensionnés. S'ils invoquent une invalidité ayant une autre origine, ils peuvent prétendre au bénéfice de l'assurance invalidité au titre du régime général. Il est tenu compte, dans ce cas, pour la détermination de leurs droits, de leur degré total d'incapacité.

Article D172-8

Les assurés titulaires d'une pension d'un régime spécial de retraites acquise à un autre titre que l'invalidité peuvent prétendre, s'ils deviennent tributaires du régime général de sécurité sociale, au bénéfice de l'assurance invalidité de ce régime s'ils remplissent les conditions fixées par ledit régime.

Article D172-9

Dans les cas mentionnés aux articles D. 172-7 et D. 172-8, il est tenu compte, pour l'application des dispositions de l'article L. 341-5 du total de la pension d'invalidité du régime général et de la pension du régime spécial. Ce total ne peut, en aucun cas, excéder le salaire perçu par un travailleur valide de la catégorie professionnelle à laquelle l'intéressé appartenait au moment de l'interruption de travail suivie de l'invalidité ouvrant droit à la pension du régime général, de l'accident ayant entraîné cette invalidité ou de la constatation médicale de l'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme ; la pension d'invalidité du régime général est réduite, s'il y a lieu, à concurrence de l'excédent.

Ces dispositions sont également applicables à l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité au titre du régime général de sécurité sociale qui est ultérieurement admis au bénéfice d'une pension fondée sur la durée des services ou d'une pension d'invalidité au titre d'un régime spécial. La pension d'invalidité du régime général est réduite, s'il y a lieu, à compter de la date d'entrée en jouissance de la pension du régime spécial.

Article D172-10

Le salaire servant de base au calcul des prestations en espèces dues à un assuré qui a été affilié successivement à un régime spécial et au régime général de sécurité sociale ou inversement est fixé en ne

tenant compte que des rémunérations perçues au cours des périodes d'affiliation au régime auquel incombe la charge desdites prestations.

Sous-section 3 : Coordination en ce qui concerne les pensions de veuves ou de veufs.

Article D172-14

Les conjoints survivants des assurés qui ont été :

1°) soit affiliés successivement ou simultanément au régime général de sécurité sociale (vieillesse) applicable aux assurés des professions non agricoles et à un ou plusieurs régimes spéciaux de retraites relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-23 ;

2°) soit affiliés successivement ou alternativement à plusieurs régimes spéciaux de retraites ;

3°) soit affiliés à un régime spécial de retraites,

ont droit à la pension dont ils auraient bénéficié, en application de l'article L. 342-1, si le " de cujus " avait été soumis au régime général de sécurité sociale durant la ou les périodes où il a été affilié à un régime spécial postérieurement au 30 juin 1930. Ces périodes entrent en compte, quel qu'ait été le montant du salaire, tant pour l'ouverture et la détermination des droits que pour le calcul des avantages prévus audit article L. 342-1. Le " de cujus " est supposé, pour l'application des articles D. 172-16 à D. 172-19 inclus, avoir donné lieu au versement des cotisations prévues par le régime général pendant les périodes au cours desquelles il a été soumis à un régime spécial. Pour les périodes où sa rémunération était supérieure au chiffre limite d'assujettissement aux assurances sociales, il est supposé avoir donné lieu au versement des cotisations dues pour un travailleur dont la rémunération aurait été égale audit chiffre limite.

Article D172-15

Le montant de la pension est déterminé sans tenir compte des avantages de réversion dont le conjoint survivant est éventuellement titulaire au titre du régime spécial de retraites dont relevait le "de cujus".

Article D172-16

Si le " de cujus " avait un âge inférieur à celui prévu par l'article L. 161-17-2 au moment de son décès, les avantages auxquels le conjoint survivant peut prétendre en application de l'article D. 172-14 sont à la charge du régime dont le " de cujus " relevait à la date de son décès.

Article D172-17

Si le " de cujus " avait un âge supérieur ou égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2 au moment de son décès, les avantages auxquels le conjoint survivant peut prétendre sont liquidés et la charge en est répartie dans les conditions prévues aux articles D. 173-4, D. 173-8 et D. 173-11 ou à l'article D. 173-18, selon le cas.

Article D172-18

Lorsque le " de cujus " avait un âge supérieur ou égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2 au moment de son décès les dispositions de la présente sous-section ne sont pas applicables :

1°) lorsque, dans le cas mentionné au 1° de l'article D. 172-14, le conjoint survivant est titulaire d'un avantage de réversion au titre d'un régime spécial auquel le " de cujus " avait été soumis et que ce dernier comptait moins d'un trimestre d'affiliation au régime général de sécurité sociale ou à un autre régime spécial de retraites ;

2°) lorsque, dans le cas mentionné au 2° de l'article D. 172-14, le conjoint survivant est titulaire d'un avantage de réversion au titre de chacun des régimes spéciaux auxquels le " de cujus " avait été soumis ou lorsque le conjoint survivant est titulaire d'un avantage de réversion au titre de l'un de ces régimes spéciaux et que le " de cujus " comptait moins d'un trimestre d'affiliation à un autre régime spécial de retraites ;

3°) lorsque, dans le cas mentionné au 3° de l'article D. 172-14, le conjoint survivant est titulaire d'un avantage de réversion au titre du régime spécial auquel le " de cujus " avait été soumis ou lorsque le " de cujus " comptait moins d'un trimestre d'affiliation audit régime.

Article D172-19

L'avantage de réversion dont le conjoint survivant est titulaire au titre du régime spécial dont relevait le "de cujus" est imputé sur la pension ou sur la fraction de pension mise à la charge de ce régime en application des articles D. 172-14 à D. 172-18.

Section 2 : Coordination du régime agricole et des autres régimes

Section 3 : Coordination entre divers régimes

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage

Section 1 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre le régime général et les régimes spéciaux

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article D173-1

Les dispositions ci-dessous relatives à la coordination entre le régime général et les régimes spéciaux sont applicables :

1°) aux assurés qui ont été affiliés successivement ou alternativement au régime général de sécurité sociale applicable aux assurés des professions non-agricoles et à un ou plusieurs régimes spéciaux de retraites relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-24 ;

2°) aux assurés qui ont été affiliés successivement ou alternativement à plusieurs régimes spéciaux de retraites ;

3°) aux assurés qui ont cessé d'être soumis à un régime spécial de retraites sans avoir droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse à jouissance immédiate ou différée et qui ne sont devenus ultérieurement tributaires ni d'un autre régime spécial ni du régime général de sécurité sociale.

Toutefois, elles ne sont pas applicables aux ressortissants des régimes spéciaux de retraites des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, des fonctionnaires civils et militaires, de l'Imprimerie Nationale et du service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes et aux titulaires de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

Article D173-1-1

Le seuil mentionné à l'article L. 173-1-3 est égal à 200 euros par an. Ce montant est revalorisé dans les conditions mentionnées à l'article L. 161-23-1.

Article D173-1-2

Des conventions de gestion, conclues entre les organismes et services de l'Etat assurant la gestion d'un régime obligatoire de retraite de base, déterminent les modalités selon lesquelles le versement des pensions inférieures au seuil déterminé à l'article D. 173-1-1 est confié au régime dans lequel l'assuré justifie de la plus longue durée d'assurance.

Ces conventions déterminent notamment :

- 1° Les modalités d'information de l'assuré sur les conditions du versement de ses pensions ;
- 2° Les modalités de transmission des informations entre les régimes ;
- 3° Les modalités de remboursement entre régimes des sommes engagées. Ces remboursements s'effectuent sur la base des sommes réellement engagées, selon une périodicité au moins annuelle.

Paragraphe 1 : Assurés affiliés successivement ou alternativement au régime général et à un ou plusieurs régimes spéciaux de retraite.

Article D173-2

Les assurés mentionnés à l'article D. 173-1 ont droit, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, aux avantages dont ils auraient bénéficié sous le régime général de sécurité sociale si ce régime leur avait été applicable durant la ou les périodes où ils ont été soumis à un régime spécial de retraites postérieurement au 30 juin 1930. Ces périodes entrent en compte, quel qu'ait été le montant de leur salaire, tant pour l'ouverture et la détermination de leurs droits que pour le calcul des avantages prévus par le régime général de sécurité sociale en matière d'assurance vieillesse.

Les intéressés sont supposés, pour l'application des dispositions du présent article, avoir donné lieu au versement des cotisations prévues par le régime général pendant les périodes au cours desquelles ils ont été soumis à un régime spécial. Pour les périodes où leur rémunération était supérieure au chiffre limite d'assujettissement aux assurances sociales, ils sont supposés avoir donné lieu au versement des cotisations dues pour un travailleur dont la rémunération aurait été égale audit chiffre limite.

Article D173-3

Les avantages auxquels un assuré peut prétendre en application du présent paragraphe sont liquidés par la dernière caisse régionale d'assurance chargée de la liquidation des prestations vieillesse dans le régime général à laquelle il a été affilié, ou par la caisse que l'assuré a saisie conformément à l'article R. 351-34.

Chaque régime auquel l'assuré a été affilié supporte la charge de la prestation qui lui incombe, sur la base des seules périodes valables au regard dudit régime, postérieures au 30 juin 1930 et antérieures à la date de l'entrée en jouissance.

Chaque régime effectue le service de la fraction des avantages dont il a la charge.

Lorsque l'assuré bénéficie d'une pension ou d'une rente au titre de la législation ou de la réglementation propre au régime spécial de retraites auquel il a été soumis, cet avantage est imputé sur les prestations dont le régime spécial doit supporter la charge.

Article D173-4

En cas de décès de l'assuré, le conjoint survivant peut prétendre à la pension de réversion prévue à l'article L. 353-1 si les conditions exigées par ledit article se trouvent remplies.

Chaque régime auquel le de cujus a été affilié supporte la charge de la prestation qui lui incombe sur la base des seules périodes valables au regard dudit régime, postérieures au 30 juin 1930 et antérieures à la date de l'entrée en jouissance de la pension attribuée en application de l'article D. 173-3 ou à la date du décès.

L'avantage de réversion dont le conjoint survivant est titulaire au titre du régime spécial est imputé sur la fraction de pension mise à la charge de ce régime en application du présent article.

Les avantages auxquels le conjoint survivant peut prétendre en application du présent article sont liquidés par la dernière caisse chargée de la liquidation des droits à prestation vieillesse dans le régime général à laquelle le de cujus a été affilié.

Chaque régime effectue le service de la fraction des avantages dont il a la charge.

Paragraphe 2 : Assurés affiliés successivement ou alternativement à plusieurs régimes spéciaux de retraite.

Article D173-5

Les assurés mentionnés au 2° de l'article D. 173-1 ont droit, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, aux avantages dont ils auraient bénéficié sous le régime général de sécurité sociale si ce régime leur avait été applicable durant la ou les périodes où ils ont été soumis à un régime spécial de retraites postérieurement au 30 juin 1930. Ces périodes entrent en compte, quel qu'ait été le montant de leur salaire, tant pour l'ouverture et la détermination de leurs droits que pour le calcul des avantages prévus par le régime général de sécurité sociale en matière d'assurance vieillesse.

Les intéressés sont supposés, pour l'application des dispositions du présent article, avoir donné lieu au versement des cotisations prévues par le régime général pendant les périodes au cours desquelles ils ont été soumis à un régime spécial. Pour les périodes où leur rémunération était supérieure au chiffre limite d'assujettissement aux assurances sociales, ils sont supposés avoir donné lieu au versement des cotisations dues pour un travailleur dont la rémunération aurait été égale audit chiffre limite.

Article D173-6

Les avantages auxquels un assuré peut prétendre en cas d'affiliation successive ou alternative à plusieurs régimes spéciaux sont liquidés par le régime spécial de retraites auquel l'intéressé était affilié en dernier lieu.

Chaque régime auquel l'assuré a été affilié supporte la charge de la prestation qui lui incombe sur la base des seules périodes valables au regard dudit régime, postérieures au 30 juin 1930 et antérieures à la date de l'entrée en jouissance.

Chaque régime effectue le service de la fraction des avantages dont il a la charge.

Lorsque l'assuré bénéficie d'une pension ou d'une rente au titre de la législation ou de la réglementation propre au régime spécial de retraites auquel il a été soumis, cet avantage est imputé sur les prestations dont le régime spécial doit supporter la charge.

Article D173-7

Les dispositions du présent paragraphe ne sont pas applicables aux assurés titulaires d'une pension d'invalidité ou de vieillesse à jouissance immédiate ou différée au titre de chacun des régimes spéciaux de retraites auxquels ils ont été soumis.

Article D173-8

En cas de décès de l'assuré, le conjoint survivant peut prétendre à la pension de réversion prévue à l'article L. 353-1 si les conditions exigées par ledit article se trouvent remplies.

Le montant de la pension est déterminé sans tenir compte des avantages de réversion dont le conjoint survivant est éventuellement titulaire au titre des régimes spéciaux de retraites auxquels avait été affilié le de cujus.

Chaque régime auquel le de cujus a été assujéti supporte la charge de la prestation qui lui incombe sur la base des seules périodes valables au regard dudit régime, postérieures au 30 juin 1930 et antérieures à la date de l'entrée en jouissance de la pension attribuée en application de l'article D. 173-6 ou à la date du décès.

L'avantage de réversion dont le conjoint survivant est titulaire au titre d'un régime spécial est imputé sur la fraction de pension mise à la charge de ce régime en application du présent article.

Les avantages auxquels le conjoint survivant peut prétendre en application du présent article sont liquidés par le régime spécial de retraites auquel le de cujus était affilié en dernier lieu.

Chaque régime effectue le service de la fraction des avantages dont il a la charge.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux conjoints survivants titulaires d'un avantage de réversion au titre de chacun des régimes spéciaux auxquels le de cujus avait été soumis.

Paragraphe 3 : Assurés ayant cessé d'être soumis à un régime spécial de retraite sans avoir droit à pension et qui ne sont devenus ultérieurement tributaires d'aucun régime de retraite

Article D173-9

Les assurés mentionnés au 3° de l'article D. 173-1 ont droit, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, aux avantages dont ils auraient bénéficié sous le régime général de sécurité sociale si ce régime leur avait été applicable durant la ou les périodes où ils ont été soumis à un régime spécial de retraites postérieurement au 30 juin 1930. Ces périodes entrent en compte, quel qu'ait été le montant de leur salaire, tant pour l'ouverture et la détermination de leurs droits que pour le calcul des avantages prévus par le régime général de sécurité sociale en matière d'assurance vieillesse.

Les intéressés sont supposés, pour l'application des dispositions du présent article, avoir donné lieu au versement des cotisations prévues par le régime général pendant les périodes au cours desquelles ils ont été soumis à un régime spécial. Pour les périodes où leur rémunération était supérieure au chiffre limite d'assujettissement aux assurances sociales, ils sont supposés avoir donné lieu au versement des cotisations dues pour un travailleur dont la rémunération aurait été égale audit chiffre limite.

Article D173-10

La liquidation des avantages auxquels un assuré peut prétendre en application de l'article D. 173-9 et le service des arrérages de la pension sont effectués par le régime spécial de retraites auquel l'intéressé était affilié.

Les avantages dont l'intéressé bénéficie, le cas échéant, au titre de son régime spécial sont imputés sur les prestations dont ledit régime doit supporter la charge.

Article D173-11

En cas de décès de l'assuré, le conjoint survivant peut prétendre à la pension de réversion prévue à l'article L. 353-1, si les conditions exigées par ledit article se trouvent remplies.

Le montant de l'avantage de réversion dont le conjoint survivant est éventuellement titulaire au titre du régime spécial de retraites dont relevait le " de cujus " est imputé sur la pension mise à la charge de ce régime en application du présent article.

La liquidation de la pension et le service des arrérages sont effectués par le régime spécial de retraites auquel le de cujus était affilié.

Paragraphe 4 : Dispositions diverses.

Article D173-12

Lorsqu'un régime spécial de retraites prévoit en faveur des assurés qui cessent d'être soumis à ce régime, sans avoir droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse à jouissance immédiate ou différée, le remboursement des cotisations qui ont été retenues sur leur salaire, ledit remboursement n'est effectué que sous la déduction du montant des cotisations d'assurance vieillesse qu'ils auraient acquittées sous le régime général de sécurité sociale si ce régime leur avait été applicable durant la période où ils ont été soumis au régime spécial, compte tenu des dispositions du deuxième alinéa des articles D. 173-2, D. 173-5 et D. 173-9.

Article D173-13

Lorsqu'un assuré, tributaire d'un régime spécial de retraites, a été admis à effectuer, sous ce régime, des versements rétroactifs pour des services antérieurement accomplis dans la collectivité ou l'établissement et que, pour la période correspondant à ces services, il a acquitté les versements prévus par les législations sur les retraites ouvrières et paysannes et les assurances sociales, les sommes qui ont été acquittées pour ladite période, au titre de l'assurance vieillesse, sont annulées et versées à la collectivité ou à l'établissement qui l'emploie pour être affectées, s'il y a lieu, à sa caisse de retraites. La part correspondant aux contributions personnelles de l'assuré est déduite, par ladite collectivité ou ledit établissement, des versements rétroactifs que l'intéressé doit effectuer au titre du régime spécial.

L'annulation de versements prescrite au premier alinéa ci-dessus est opérée par la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations vieillesse dans le régime général à laquelle l'intéressé était affilié en dernier lieu.

Article D173-14

Les pensions ou les fractions de pensions du régime général de sécurité sociale se rapportant à des périodes d'assurance validées au titre d'un régime spécial de retraites relevant de l'article R. 711-1 ou de l'article R. 711-24 et ouvrant droit à pension au titre de ce régime peuvent faire l'objet, lorsqu'elles ne sont pas cumulables avec la pension du régime spécial, d'un versement de rachat dans les conditions prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Ce versement est opéré au profit de l'organisme ou service gérant le régime spécial de retraites et, sur sa demande, par la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations vieillesse dans le régime général des travailleurs salariés.

Les mêmes dispositions sont applicables aux avantages dont les assurés mentionnés au présent article peuvent bénéficier au titre des retraites ouvrières et paysannes ou du régime d'assurances sociales en vigueur avant le 1er juillet 1946 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Sous-section 2 : Dispositions applicables aux bénéficiaires des régimes de retraite des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, des fonctionnaires civils et militaires, de l'imprimerie nationale et du service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes et aux tributaires de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

Article D173-15

Les dispositions de la présente sous-section sont applicables aux bénéficiaires des régimes de retraite des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, des fonctionnaires civils et militaires, de l'imprimerie nationale et du service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes et aux tributaires de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

Article D173-16

Lorsqu'un des bénéficiaires des régimes de retraites mentionnés à l'article D. 173-15 vient à quitter l'administration, la collectivité ou l'établissement qui l'emploie sans avoir droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse à jouissance immédiate ou différée et sans devenir tributaire d'un régime de retraites comportant des règles particulières de coordination avec le régime auquel il appartenait, il lui est fait application des dispositions suivantes :

ses droits sont rétablis, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, dans la situation dont il aurait bénéficié sous le régime général de sécurité sociale, si ce régime lui avait été applicable durant la période où il a été soumis à son régime de retraites postérieurement au 30 juin 1930. Cette période entre en compte, quel qu'ait été le montant de sa rémunération, pour la détermination de ses droits aux avantages prévus par le régime général en matière d'assurance vieillesse.

A cet effet, il est opéré, par le régime spécial de retraites, un versement égal au montant des cotisations qui auraient été acquittées pour le compte de l'intéressé au titre de l'assurance vieillesse sous le régime général de sécurité sociale pendant la période indiquée au premier alinéa ci-dessus. Ce versement est calculé sur la base des derniers émoluments soumis à retenues pour pensions au titre du régime spécial de retraites,

compte tenu du ou des plafonds prévus pour le calcul des cotisations de sécurité sociale au cours de la période susindiquée. Il doit être effectué par l'administration, la collectivité ou l'établissement à l'union de recouvrement du dernier lieu de travail du bénéficiaire, dans un délai d'un an à compter de la radiation des cadres.

Un versement complémentaire de cotisations est effectué par le régime spécial de retraite au plus tard dans un délai d'un an suivant la date de liquidation ou de révision de la pension de vieillesse du régime général de sécurité sociale lorsqu'il est tenu compte dans cette pension, soit à l'initiative du régime spécial ou du régime général, soit à la suite d'une demande de l'assuré formée conformément à l'article R. 142-1, soit en application d'une décision de justice, de périodes de services civils ou militaires n'ayant pas donné lieu au versement prévu à l'alinéa précédent ou à l'article D. 173-17. Le montant du versement complémentaire est déterminé conformément à l'alinéa précédent.

Article D173-17

Pour l'application de l'article précédent, en ce qui concerne les militaires tributaires du code des pensions civiles et militaires de retraite, il est effectué chaque année, au profit de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, un versement forfaitaire pour l'ensemble des militaires ayant quitté l'armée sans droit à pension au cours de l'année civile précédente. Le montant de ce versement est fixé annuellement par décision concertée du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la défense et du ministre chargé du budget, compte tenu du montant moyen de la solde des militaires quittant l'armée sans droit à pension.

Article D173-18

En cas de décès de l'assuré, le conjoint survivant peut prétendre à la pension de réversion prévue à l'article L. 353-1 si les conditions exigées par ledit article se trouvent remplies.

Le régime général de sécurité sociale sert à l'intéressé le montant de la pension de réversion attribuée en application du premier alinéa de l'article D. 173-16.

Article D173-19

Lorsqu'un des bénéficiaires des régimes de retraites mentionnés à l'article D. 173-15 a été admis à effectuer sous ce régime des versements rétroactifs pour des services antérieurement accomplis dans la collectivité ou l'établissement et que, pour la période correspondant à ces services, il a acquitté les versements prévus par les législations sur les retraites ouvrières et paysannes et les assurances sociales, les sommes qui ont été acquittées pour ladite période, au titre de l'assurance vieillesse, sont annulées et versées à la collectivité ou à l'établissement qui l'emploie, pour être affectées, s'il y a lieu, à sa caisse de retraites. La part correspondant aux contributions personnelles de l'assuré est réduite, par ladite collectivité ou ledit établissement, des versements rétroactifs que l'intéressé doit effectuer au titre de son régime de retraites.

L'annulation de versement prescrite au premier alinéa ci-dessus est opérée par la caisse du régime général de sécurité sociale chargée de la gestion du risque vieillesse dont l'intéressé relevait en dernier lieu à la demande de l'établissement ou de la collectivité concerné.

Article D173-20

Les versements effectués en application du paragraphe 2 de l'article 6 du décret du 2 juin 1944, pour des assurés ayant cessé d'être affiliés à leur régime de retraite avant le 1er janvier 1950 conservent leur entier effet.

Sous-section 3 : Dispositions diverses.

Article D173-21

Lorsqu'un assuré satisfait aux conditions prévues par la réglementation propre à un régime spécial de retraites pour avoir droit à une majoration de pension pour conjoint à charge et que, simultanément, il remplit les conditions requises pour avoir droit à un avantage de même nature au titre du régime général de sécurité sociale, d'un autre régime spécial de retraites ou des dispositions des première et deuxième sous-sections de la présente section, il ne lui est servi que la majoration attachée à la pension calculée sur le plus grand nombre d'annuités.

Section 2 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre le régime agricole et les autres régimes

Section 3 : Coordination en matière d'assurance vieillesse entre divers régimes

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article D173-21-0-1-1

Pour l'appréciation de la condition de durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré prévue aux articles D. 351-1-1, D. 351-1-5, D. 643-8 et D. 723-3, aux articles D. 732-40 et D. 732-41 du code rural et de la pêche maritime et aux articles 3 bis et 3 quater du décret n° 73-937 du 2 octobre 1973 portant application de l'article L. 634-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux prestations des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales afférentes aux périodes d'assurance ou d'activité non salariée antérieures au 1er janvier 1973, il est retenu un nombre de trimestres au plus égal à quatre au titre de chaque année civile au cours de laquelle l'assuré a été affilié successivement ou simultanément à plusieurs des régimes considérés.

Les dispositions de l'article D. 732-40 du code rural et de la pêche maritime sont applicables à la détermination de la condition de début d'activité mentionnée aux articles D. 351-1-1, D. 643-8 et D. 723-3 et à l'article 3 bis du décret du 2 octobre 1973 précités pour les assurés ayant relevé de l'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et de l'un des autres régimes visés à ces articles.

Sous-section 2 : Pensions portées au minimum.

Article D173-21-0-1-2

Le montant mensuel total des pensions personnelles de retraite mentionné au premier alinéa de l'article L. 173-2 est fixé à 1 120 euros au 1er février 2014. Ce montant est revalorisé aux mêmes dates et dans les mêmes proportions que le salaire minimum de croissance.

Article D173-21-0-1-3

Lorsque l'assuré est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans plusieurs régimes, chaque régime concerné impute le dépassement mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 173-2 sur la majoration résultant de l'article L. 351-10 dont il est redevable, à due concurrence du rapport, avant application de l'article L. 173-2, entre le montant de cette majoration et le total des majorations dues par les régimes en cause.

Sous-Section 3 : Majorations de durée d'assurance accordées au titre des enfants

Article D173-21-0-2

Sont soumis aux règles fixées à l'article L. 173-2-0-2 les avantages prévus :

aux b et b bis de l'article L. 12 et à l'article L. 12 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

aux articles 12 et 14 de l'annexe 3 au statut annexé au décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ;

au premier alinéa de l'article 114 du décret n° 62-766 du 6 juillet 1962 portant statut des personnels du service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes ;

au troisième alinéa de l'article 12 du décret n° 68-382 du 5 avril 1968 portant statut de la caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris ;

aux I et III de l'article 11 bis du décret n° 68-960 du 11 octobre 1968 modifiant le statut de la caisse de retraites du personnel de la Comédie-Française ;

aux I et III de l'article 92 du décret n° 90-1215 du 20 décembre 1990 portant application de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et modifiant certaines dispositions relatives à cette caisse ;

aux 2° et 3° du I de l'article 15 et au I de l'article 21 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;

aux 2° et 3° du I de l'article 12 et au I de l'article 17 du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat ;

aux articles 12 et 16 du règlement annexé au décret n° 2007-262 du 27 février 2007 relatif au régime de retraite des agents titulaires de la Banque de France ;

à l'article 9 pour ce qui concerne la réduction des durées d'assurance, au V de l'article 51-1 pour ce qui concerne la réduction des durées de services, au 3° de l'article 20 et au deuxième alinéa du III de l'article 24 du décret n° 2008-637 du 30 juin 2008 portant règlement des retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens ;

au deuxième alinéa du III de l'article 13 du décret n° 2008-639 du 30 juin 2008 relatif au régime spécial de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français ;

au 2 du I de l'article 7 du règlement des pensions du personnel titulaire du Port autonome de Strasbourg.

Sous-section 4 : Pension de réversion.

Article D173-21-0-1

Pour l'application des articles L. 382-29, L. 351-14-1, L. 634-2-2, L. 643-2 et L. 723-10-3 du présent code et de l'article L. 732-27-1 du code rural et de la pêche maritime, lorsque la demande de versement prévue à ces articles porte sur une période au cours de laquelle ont été obtenus plusieurs diplômes, ou a été achevée la scolarité assimilée et a été obtenu au moins un diplôme, la demande est adressée au premier régime d'assurance vieillesse où l'assuré a été affilié et où a été validé au moins un trimestre postérieurement à l'obtention du dernier de ces diplômes ou de ce diplôme.

Aux fins de l'application des mêmes articles, lorsque l'assuré a été affilié et a validé au moins un trimestre au cours de la même année, postérieurement à l'obtention du diplôme visé à l'alinéa précédent, simultanément dans plusieurs régimes d'assurance vieillesse mentionnés auxdits articles, la demande est adressée au régime déterminé selon les modalités suivantes :

1° Le régime général de sécurité sociale si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

2° Si la condition prévue au 1° ci-dessus n'est pas remplie, dans le régime des salariés agricoles si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

3° Si les conditions prévues au 1° et au 2° ci-dessus ne sont pas remplies, dans le régime d'assurance vieillesse des professions artisanales prévu au 1° de l'article L. 621-3 si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

4° Si les conditions prévues aux 1° à 3° ci-dessus ne sont pas remplies, dans le régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales prévu au 2° de l'article L. 621-3 si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

5° Si les conditions prévues aux 1° à 4° ci-dessus ne sont pas remplies, dans le régime d'assurance vieillesse des professions libérales prévu au 3° de l'article L. 621-3 si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

6° Si les conditions prévues aux 1° à 5° ci-dessus ne sont pas remplies, dans le régime d'assurance vieillesse des professions agricoles prévu au 4° de l'article L. 621-3 si l'intéressé a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime ;

7° Si les conditions prévues aux 1° à 6° ci-dessus ne sont pas remplies, à la Caisse nationale des barreaux français visée à l'article L. 723-1 si l'assuré a été affilié et a validé un trimestre dans ce régime.

Article D173-21-1

La majoration de pension de réversion prévue à l'article L. 353-5 et à l'article 1122-2-3 du code rural et de la pêche maritime est accordée, par priorité, par le régime auquel l'assuré a été affilié en dernier lieu si ce régime sert la majoration.

Lorsque l'assuré décédé relevait simultanément à la date de son décès de plusieurs régimes servant la majoration, le service et la charge de cette majoration incombent au régime qui verse la pension de réversion rémunérant la plus longue durée d'assurance.

Sous-section 5 : Pensions ou allocations de vieillesse des non-salariés.

Article D173-22

Lorsqu'un assuré demande simultanément la liquidation de deux pensions ou allocations au titre du régime des professions artisanales, d'une part, et du régime des professions industrielles et commerciales, d'autre part, l'inaptitude au travail est appréciée par la caisse de base du régime social des indépendants à laquelle l'intéressé a été affilié en dernier lieu.

Dans le cas prévu au présent article, le contrôle du montant des revenus professionnels prévu au dernier alinéa de l'article R. 352-1 est effectué par la caisse qui a apprécié l'inaptitude au travail.

Sous-section 6 : Bénéficiaires de l'indemnité de soins aux tuberculeux

Sous-section 7 : Clercs, secrétaires et employés d'avoué, d'agrégé ou d'avocat

Sous-section 8 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses.

Article D173-23

Les périodes d'assurance valables au regard du régime d'assurance vieillesse institué par l'article L. 721-1 ou assimilées sont prises en compte, pour l'examen de la condition d'ouverture du droit, par les régimes d'assurance vieillesse entrant dans le champ d'application des décrets n° 58-436 du 14 avril 1958 et n° 65-69 du 26 janvier 1965, chacun des régimes concernés déterminant le montant de l'avantage de vieillesse dont la charge lui incombe au prorata de la durée de la période susceptible d'être prise en considération en ce qui le concerne.

Section 4 : Coordination en matière d'assurance veuvage.

Article D173-24

Lorsque l'assuré décédé a relevé successivement ou alternativement de régimes distincts de sécurité sociale, le service et la charge de l'allocation de veuvage incombent au régime auquel était affilié l'assuré au moment de son décès, pour autant que ce régime ouvre droit à l'assurance veuvage.

Toutefois, lorsque le défunt, à la date de son décès, avait cessé de remplir, depuis moins de douze mois, les conditions pour relever d'un régime de sécurité sociale ouvrant droit à l'assurance veuvage, l'allocation de veuvage est servie à son conjoint survivant par le régime dont le défunt relevait antérieurement, sauf si le conjoint survivant bénéficie d'un avantage de réversion au titre du dernier régime d'affiliation de l'assuré décédé.

Article D173-25

Lorsque l'assuré décédé relevait simultanément, à la date de son décès, de plusieurs régimes de sécurité sociale ouvrant droit à l'assurance veuvage, ou lorsqu'il avait des droits liquidés au titre de l'assurance vieillesse dans au moins deux de ces régimes, le service et la charge de l'allocation de veuvage incombent au régime auquel l'assuré décédé a été affilié le plus longtemps ou, en cas de durée égale d'assurance ou d'affiliation, à celui qui attribuait ou était susceptible d'attribuer la pension de retraite la plus élevée.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 4 : Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements

Section 1 : Budget global, forfait journalier.

Article D174-1

Pour les assurés sociaux mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 174-4, les dispositions du troisième alinéa de cet article s'appliquent aux prestations légales servies au titre du régime général de sécurité sociale et du régime des assurances sociales agricoles, à l'exclusion des prestations légales complémentaires garanties par le régime local des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Section 2 : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour

Section 3 : Dépenses afférentes aux soins dispensés dans certains établissements sociaux

Article D174-2

Le forfait global de soins est versé par douzièmes à l'établissement par la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétente pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les bénéficiaires sont hébergés dans cet établissement.

Toutefois, lorsque la moyenne des tableaux ou des données mensuelles, établie conformément à l'article D. 174-3, fait apparaître que le nombre de bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie, autre que le régime général, est le plus élevé, l'organisme d'assurance maladie territorialement compétent de ce régime peut demander à effectuer ce versement.

En cas de contestation, le versement est assuré par l'organisme désigné par le préfet de région, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et du directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt.

Article D174-3

Le forfait global de soins de chaque établissement est réparti selon les modalités suivantes entre les différents régimes d'assurance maladie, au prorata du nombre de pensionnaires pris en charge par chacun d'eux. L'établissement dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de pensionnaires pris en charge par chaque régime. Ce tableau est transmis à la caisse désignée en application de l'article D. 174-2 et aux organismes d'assurance maladie intéressés.

Chaque année, la moyenne des tableaux trimestriels sert de base à la répartition du forfait entre les différents régimes d'assurance maladie.

Pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la répartition du forfait est basée sur la moyenne des données transmises mensuellement, conformément aux dispositions de l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles.

Article D174-4

La répartition entre les régimes d'assurance maladie des sommes versées aux établissements pour le compte de ces régimes est effectuée au sein d'une commission nationale de répartition.

Cette commission comprend des représentants de tous les régimes d'assurance maladie pour le compte desquels sont effectués les versements aux établissements. Le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture, le ministre chargé du budget sont représentés à la commission par des commissaires du Gouvernement.

La composition et les règles de fonctionnement de cette commission ainsi que la nomination de ses membres font l'objet d'un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D174-5

Les caisses qui assurent en vertu de l'article D. 174-2 les versements aux établissements envoient à la commission nationale de répartition, pour chacun de ces établissements, les éléments nécessaires à la répartition des charges entre les différents régimes, et notamment le montant du forfait global de soins, et les tableaux établis, ou les données mensuelles transmises, en vertu de l'article D. 174-3.

Elles tiennent les mêmes documents à la disposition des autres organismes d'assurance maladie intéressés.

Article D174-6

L'instruction des décisions de la commission est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui centralise à cette fin les éléments mentionnés à l'article D. 174-5.

Article D174-7

La commission nationale de répartition se réunit au cours du dernier trimestre, dès que les montants des forfaits de soins et les bases de leur répartition entre les différents régimes sont connus pour l'année en cours.

Sur la base de ces éléments et en tenant compte de la procédure de versement aux établissements définie à l'article D. 174-2, la commission procède :

1°) à la répartition provisionnelle des charges entre les régimes pour l'année à venir et à la détermination des acomptes qui en résultent ;

2°) à la répartition définitive des charges entre les régimes pour l'année en cours, compte tenu du montant des acomptes versés au titre de cette même année.

Pour la détermination du montant des acomptes, il est appliqué au total des forfaits de soins de l'année en cours un coefficient de variation tenant compte des prévisions d'évolution économique.

A défaut d'accord, la répartition définitive ou provisionnelle est fixée par arrêté interministériel.

Article D174-8

Les sommes correspondant aux soldes positifs de la répartition définitive et de la répartition provisionnelle sont versées pour le compte des organismes de base par les organismes nationaux des régimes débiteurs aux organismes nationaux des régimes créditeurs.

Le versement de compensation résultant de la répartition provisionnelle est effectué par mensualités. Toutefois, les régimes non mentionnés à l'article D. 134-9, et éventuellement certains régimes dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, peuvent effectuer ces versements selon une périodicité trimestrielle.

Le versement des soldes de la régularisation définitive est effectué au plus tard au cours du mois qui suit leur détermination.

Section 4 : Dépenses de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile

Article D174-9

Le montant des frais afférents aux soins à domicile dispensés aux assurés sociaux supportés en vertu de l'article L. 174-10 par les régimes d'assurance maladie est versé au service de soins sous la forme d'un forfait global et annuel.

Article D174-10

Pour les services de soins à domicile publics ou privés ayant passé convention pour admettre des bénéficiaires de l'aide sociale et en admettant effectivement, le préfet arrête, après avoir recueilli l'avis des organismes d'assurance maladie selon les modalités fixées à l'article 12 du décret n° 81-448 du 8 mai 1981, et dans les conditions prévues à l'article 34 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 et par le décret n° 61-9 du 3 janvier 1961, le montant du forfait global et annuel supporté par les régimes d'assurance maladie, ainsi que le montant du forfait journalier, sur la base du budget prévisionnel du service sans qu'y soient incorporés les résultats financiers des exercices précédents.

Article D174-11

Pour les services de soins à domicile privés ne relevant pas des dispositions de l'article D. 174-10, le forfait global de soins et le forfait journalier sont fixés par convention conclue entre les régimes d'assurance maladie et le service, en tenant compte des dépenses prévisionnelles du service.

Ces conventions sont soumises à l'homologation du préfet de la région dans laquelle est situé le service.

A défaut de convention, le forfait global de soins supporté par l'assurance maladie est fixé d'autorité par les organismes d'assurance maladie à un montant qui ne peut être inférieur à 75 p. 100 de la moyenne des montants des forfaits globaux applicables aux services de soins à domicile situés dans la région, ramenés à la journée.

Article D174-12

Le médecin-conseil du régime d'assurance maladie dont relève l'assuré est immédiatement informé de toute admission dans le service de soins à domicile ; il reçoit alors copie du protocole de traitement établi par le médecin prescripteur de l'intervention du service. Il est également informé des modifications apportées au traitement et de toutes les prolongations de prise en charge au-delà du trentième jour et tous les trois mois ensuite. Il peut mettre fin à tout moment à la prise en charge.

Il évalue régulièrement le fonctionnement médical du service.

Article D174-13

Le forfait global et annuel de soins ainsi que les dotations prévues à l'article 15 du décret n° 81-448 du 8 mai 1981 sont versés par un organisme d'assurance maladie et répartis entre les régimes dans les mêmes conditions que celles prévues par les articles D. 174-2 à D. 174-11.

Des avances de trésorerie peuvent être versées dans la limite d'un douzième du budget global de soins.

Article D174-14

Lorsqu'une personne relève du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre et d'un régime d'assurance maladie, la charge des soins à domicile incombe à l'organisme dont dépend la prise en charge de l'affection motivant principalement ces soins.

La détermination de l'origine de cette affection est faite par concertation entre les médecins chargés du contrôle médical des organismes considérés.

Section 9 : Dépenses relatives aux prestations dispensées dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

Article D174-15

Les dépenses afférentes aux activités des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles mentionnés à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique sont prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du même code.

Ces dépenses comprennent :

1° Les consultations médicales, paramédicales, de psychologues et d'assistants sociaux ;

2° Les investigations biologiques ;

3° Les médicaments nécessaires au traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles, les médicaments contraceptifs indiqués dans la contraception d'urgence ainsi que les produits nécessaires aux vaccinations et aux éventuelles réactions indésirables graves ;

4° Les dépenses relatives aux activités administratives, d'interprétariat et le cas échéant de médiation ;

5° Les dépenses relatives aux interventions de prévention ou de dépistage hors les murs ;

6° Les dépenses relatives aux activités d'expertise, de formation et le cas échéant aux activités de coordination qui sont confiées à ces centres.

Article D174-16

Les dépenses des activités effectuées dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles mentionnés à l'article L. 174-16 sont prises en charge sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle versée par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle la structure est implantée, pour le compte des régimes obligatoires d'assurance maladie. La caisse primaire d'assurance maladie procède chaque trimestre au règlement du quart de la dotation annuelle.

La répartition entre les régimes est effectuée chaque année suivant la répartition nationale des dotations globales hospitalières pour l'année considérée.

Article D174-17

Le montant de la dotation forfaitaire annuelle relative aux dépenses liées aux activités effectuées dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic mentionnés à l'article L. 174-16 est déterminé par un accord signé entre le représentant du centre et le directeur général de l'agence régionale de santé avant la fin du premier trimestre de l'année au titre de laquelle s'applique la dotation.

En l'absence d'accord entre le directeur général de l'agence régionale de santé et la structure concernée le directeur général de l'agence régionale de santé fixe le montant de la dotation avant le 30 avril de l'année concernée et le notifie à la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétente. En attendant la notification de la dotation définitive, la caisse primaire verse un trimestre prévisionnel qui équivaut à un trimestre du montant total de la dotation de l'année précédente.

Article D174-18

La dotation forfaitaire annuelle est fixée dans le respect des montants de crédits définis à l'article R. 1435-25 du code de la santé publique, en tenant compte notamment :

1° Du périmètre des dépenses d'activité définies à l'article D. 174-15 du présent code ;

2° De l'activité du centre constatée au cours des trois dernières années. Lorsque le centre est en activité depuis moins de trois ans, ou en cas de circonstances particulières, l'activité prise en compte est celle prévue pour l'exercice en cause ;

3° Du coût moyen des dépenses d'activité attendu du centre au regard de son activité prévisionnelle.

Section 10 : Dispositions diverses

Article D174-19

L'établissement de santé qui applique les dispositions de l'article L. 174-20 est tenu de fournir au patient un devis préalablement à sa prise en charge hospitalière puis une facture lorsque cette prise en charge a été réalisée. Le devis et la facture comprennent, de manière dissociée, les tarifs des prestations de soins et des prestations hôtelières associées à la prise en charge.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 5 : Dispositions d'application - Dispositions diverses

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 6 : Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des maladies professionnelles

Article D176-1

Le montant du versement institué par l'article L. 176-1 est calculé tous les trois ans, après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes, en fonction de l'évolution des connaissances relatives à la sous-déclaration des maladies professionnelles, du coût réel des affections qui devraient être prises en charge au titre du livre IV et des dépenses d'incapacité temporaire liées aux maladies professionnelles de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles. Ce montant est fixé par décret.

Article D176-2

Le montant du versement revalorisé en application du deuxième alinéa de l'article L. 176-1 est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D176-3

Le versement institué par l'article L. 176-1 intervient au cours du premier semestre de l'année au titre de laquelle il est dû.

Article D176-4

La participation, prévue au troisième alinéa de l'article L. 176-1, des collectivités, établissements et entreprises mentionnés à l'article L. 413-13 et assumant directement la charge totale de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles est calculée par application, à l'assiette définie à l'article

L. 241-5, d'un taux fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et correspondant à une fraction du taux établi conformément aux articles D. 242-6-1 à D. 242-6-12 si ces dispositions leur étaient applicables. Pour ce calcul, seuls sont pris en compte les salaires perçus par les personnels concernés, bénéficiaires du livre IV et dont la charge est assumée par l'employeur.

Le taux fictif ainsi déterminé est notifié par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail dont relève le siège social ou l'établissement principal de l'entreprise ou de la collectivité, dans les conditions prévues à l'article D. 242-6-17. L'établissement ou la collectivité est tenu, le cas échéant, de produire à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente toutes justifications des éléments entrant dans le calcul de ce taux fictif.

Les employeurs susvisés versent à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dont ils relèvent le montant de leur contribution. Ce versement, calculé par l'employeur d'après le taux fixé au premier alinéa ci-dessus, est effectué dans les conditions prévues par le chapitre III du titre IV du livre II.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 7 : Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes

Chapitre 8 : Participation de l'assurance maladie au financement de différents organismes

Article D178-1

I. # La participation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au financement des fonds et établissements mentionnés au II du présent article est répartie au prorata du montant des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du dernier exercice connu servies par chacun de ces régimes, à l'exclusion de la participation au financement des avantages sociaux des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés aux articles L. 722-1 à L. 722-9 et L. 645-1 à L. 645-5.

La participation de l'assurance maladie est versée au fonds ou à l'établissement par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au nom de l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Une convention entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et le fonds ou l'établissement établit les modalités de son versement.

Chaque régime obligatoire de base d'assurance maladie autre que le régime général verse sa participation au financement des différents fonds et établissements à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés selon des conditions fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

II. # Les dispositions du I s'appliquent pour la participation de l'assurance maladie au financement des organismes suivants :

- a) L'autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;
- b) Le fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 ;
- c) Le groupement mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique ;
- d) L'office mentionné à l'article L. 1142-22 du même code ;
- e) L'établissement mentionné à l'article L. 1222-1 du même code ;
- f) L'agence mentionnée à l'article L. 1413-1 du même code ;
- g) L'agence mentionnée à l'article L. 1418-1 du même code ;
- h) (supprimé)

- i) L'agence mentionnée à l'article L. 6113-10 du même code ;
- j) Le centre mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- k) Le fonds mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;
- l) L'agence mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;
- m) Le comité mentionné à l'article 69 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 2 : Dispense d'affranchissement

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 5 : Participation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés aux assurances en responsabilité civile.

Article D185-1

Les médecins régis par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-4-2 du présent code exerçant une spécialité énumérée à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique dans un établissement de santé, et qui sont accrédités ou engagés dans une procédure de renouvellement de leur accréditation prévue à l'article L. 4135-1 du code de la santé publique, peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile dont le montant tient compte des caractéristiques d'exercice énumérées à l'alinéa suivant, de la part de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

Les médecins exerçant en établissement les spécialités mentionnées à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique peuvent bénéficier, de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité, d'une aide annuelle variable en fonction du montant de la prime d'assurance en responsabilité civile qu'ils ont à leur charge, de leur spécialité et de leurs conditions d'exercice, dès lors que plus de la moitié des actes techniques qu'ils réalisent sont :

1° Pour ce qui concerne les spécialités mentionnées du 1° au 17° de l'article D. 4135-2 du code de la santé publique, des accouchements, des échographies obstétricales ou des actes inscrits sous l'appellation " acte de chirurgie " ou " acte d'anesthésie " sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du présent code ;

2° Pour ce qui concerne les spécialités visées aux 18°, 19°, 20° et 21°, les actes interventionnels remboursables suivants : actes d'endoscopies de l'appareil digestif, actes de proctologie, actes d'endoscopies de l'appareil respiratoire, actes par voie vasculaire transcutanée, échographies obstétricales.

Cette aide annuelle est calculée à partir d'un seuil minimum d'appel de cotisation de 4 000 Euros dans la limite d'un seuil maximum fixé selon les spécialités :

- a) à 25 200 euros pour la gynécologie-obstétrique et l'obstétrique ;
- b) à 9 800 euros pour l'anesthésie-réanimation et la réanimation médicale ;

- c) A 21 000 euros pour les spécialités mentionnées du 1° au 11° à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique ;
- d) A 15 000 euros pour les spécialités mentionnées du 15° au 21° à l'article D. 4135-2 du code de la santé publique.

Le montant de cette aide est calculé dans les conditions suivantes :

-50 % de cette part pour les médecins non autorisés à pratiquer des honoraires différents et pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ayant adhéré à l'option de coordination ;

-35 % de cette part pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents n'ayant pas adhéré à l'option de coordination.

Pour les spécialités mentionnées du 1° au 12° et au 16° de l'article D. 4135-2 du code de la santé publique, l'aide annuelle est calculée par exception aux cinquième, dixième et onzième alinéas du présent article selon les modalités suivantes :

1° Le seuil minimum d'appel de cotisation mentionné au cinquième alinéa du présent article est fixé à 0 euro.

2° Les taux mentionnés aux dixième et onzième alinéas du présent article sont portés :

-aux deux tiers pour les médecins non autorisés à pratiquer des honoraires différents ainsi que pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ayant adhéré à l'option de coordination ;

-à 55 % pour les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents n'ayant pas adhéré à l'option de coordination.

Une partie, dont le niveau est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, de l'aide prévue au présent article est versée par la caisse primaire d'assurance maladie à l'organisme auprès duquel le médecin s'est engagé dans la procédure d'accréditation.

Les seuils maximum d'appel de cotisation mentionnés ci-dessus évoluent chaque année en fonction d'un indice des primes de responsabilité civile médicale de la spécialité ou du groupe de spécialités concernés, dans des conditions fixées par décret.

Cet indice est fondé sur des informations transmises annuellement par les entreprises d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique.

Article D185-2

Pour bénéficier de l'aide mentionnée à l'article D. 185-1, les médecins doivent remplir les conditions suivantes :

1° Transmettre à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort duquel ils exercent leur activité une copie du certificat d'accréditation ou de renouvellement d'accréditation ;

2° Annulé ;

3° Transmettre une copie de leur contrat d'assurance.

Les conditions prévues aux 2° et 3° doivent être satisfaites chaque année.

Article D185-3

Le bénéfice de l'aide cesse à compter de la date du renoncement à l'accréditation, du retrait d'accréditation ou du refus de renouvellement de l'accréditation.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 1 : Caisses primaires d'assurance maladie

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 2 : Caisses d'allocations familiales

Section 1 : Dispositions générales.

Article D212-1

Le décret prévu au deuxième alinéa de l'article L. 212-1 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et, le cas échéant, du ministre intéressé.

Article D212-2

Pour les catégories de salariés autres que les salariés agricoles, mentionnées à l'article L. 212-1, et dont les prestations familiales sont financées par la caisse nationale des allocations familiales, le service desdites prestations est assuré dans les conditions définies ci-après.

Section 2 : Caisse d'allocations familiales de la région parisienne

Section 3 : Caisse nationale d'allocations familiales des marins du commerce - Caisse nationale d'allocations familiales de la pêche maritime - Caisse nationale d'allocations familiales de la navigation intérieure

Article D212-6

Le conseil d'administration de la caisse maritime d'allocations familiales est composé de la manière suivante :

1. Quinze représentants des assurés sociaux désignés, à raison de :

- six par la Confédération générale du travail ;
- quatre par la Confédération française démocratique du travail ;
- trois par la Confédération française des travailleurs chrétiens ;
- deux par la Confédération générale du travail-Force ouvrière.

2. Quinze représentants des armateurs et des travailleurs indépendants, dont :

- six représentants désignés par le Comité central des armateurs de France ;
- trois représentants des armateurs désignés par l'Union des armateurs à la pêche de France ;
- trois représentants des travailleurs indépendants désignés par la Confédération générale du travail ;
- deux représentants des travailleurs indépendants désignés par la Confédération française des travailleurs chrétiens ;
- un représentant des travailleurs indépendants désigné par la Confédération française démocratique du travail ;

3. Quatre représentants des associations familiales désignés par l'Union nationale des associations familiales.

4. Une personne qualifiée désignée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 3 : Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

Article D213-1

La circonscription territoriale d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales est départementale ou régionale. Elle est fixée, ainsi que le siège de l'union, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D213-1-1

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 213-1, la délégation de compétences en matière de contrôle entre unions de recouvrement prend la forme d'une convention générale de réciprocité ouverte à l'adhésion de l'ensemble des unions, pour une période d'adhésion minimale d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargé d'établir cette convention et de recevoir les adhésions.

Article D213-1-2

En application du pouvoir de coordination prévu par l'article L. 225-1-1 et pour des missions de contrôle spécifiques, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut, à son initiative ou sur demande émise par une union, demander à une union de recouvrement de déléguer ses compétences en matière de contrôle à une autre union de recouvrement. La délégation prend la forme d'une convention de réciprocité spécifique. Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargé d'établir cette convention et de recevoir l'accord des unions concernées.

Article D213-1-3

Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut, à son initiative ou à la demande d'une union, confier à une union faisant fonction d'interlocuteur unique défini à l'article R. 243-6 la conduite des actions liées au recouvrement et de toute action contentieuse, tant en demande qu'en défense, à l'encontre des cotisants pour lesquels l'union a été désignée comme interlocuteur unique, quelles que soient la date et l'origine des litiges.

Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale veille à la mise en œuvre des décisions prises en vertu du précédent alinéa et en assure la publicité auprès des tiers concernés.

Article D213-2

Le personnel de l'union ne peut être pris en dehors du personnel des caisses tant que ces organismes n'ont pas avisé l'union de l'impossibilité de répondre aux demandes présentées.

Les fonctions de directeur et d'agent comptable de l'union pourront être assurées par les titulaires des postes correspondants de l'une ou l'autre des caisses constituantes.

Article D213-3

La commission de recours amiable des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales est composée conformément aux dispositions de l'article R. 142-2, sous les réserves suivantes :

La commission de recours amiable peut s'adjoindre des membres suppléants choisis parmi les administrateurs travailleurs indépendants de la caisse d'allocations familiales.

Article D213-4

Les dispositions de l'article D. 231-24 sont applicables aux conseils d'administration des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Article D213-5

Lors de leur création, les unions reçoivent des caisses membres une avance pour frais de premier établissement. Le montant de la participation de chaque caisse peut être fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en fonction des cotisations encaissées par elles au cours de l'année civile précédant celle de la création. Cette participation peut être représentée pour partie par des biens meubles ou immeubles transférés à l'union.

Article D213-6

Pour chacune de ces unions de recouvrement, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixera, le cas échéant, la date à partir de laquelle leur compétence est étendue à l'ensemble des opérations mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 213-1.

Article D213-7

I.-Des conseils départementaux sont créés dans chaque département auprès des conseils d'administration des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dont la circonscription géographique est régionale.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux départements de la collectivité territoriale de Corse. Pour la région Ile-de-France, elles s'appliquent au seul département de Seine-et-Marne.

Les conseils départementaux sont composés de seize membres comprenant :

1° Huit membres désignés au titre des assurés sociaux par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

2° Huit membres désignés au titre des employeurs et des travailleurs indépendants, dont cinq par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives, et trois désignés par les institutions ou organisations professionnelles de travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

Les sièges sont répartis entre les représentants des assurés sociaux, les représentants des employeurs et des travailleurs indépendants selon les règles prévues respectivement aux articles D. 231-2 et D. 231-3 pour les conseils d'administration des unions pour le recouvrement des cotisations sociales et d'allocations familiales.

Les règles d'inéligibilité et d'incompatibilité imposées aux membres des conseils d'administration des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales par les articles L. 144-1, L. 231-6 et L. 231-6-1 sont applicables aux membres des conseils départementaux.

Les membres des conseils départementaux sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après transmission, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, des désignations auxquelles ont procédé les organisations ou institutions mentionnées aux 1° et 2°.

Les fonctions des membres des conseils départementaux prennent fin à l'expiration du mandat des membres du conseil d'administration.

II.-Dans chaque département, ces conseils :

1° Assurent le suivi de l'activité de l'URSSAF, notamment celle relative au recouvrement, au contrôle et à la lutte contre les fraudes ;

2° S'assurent de la qualité du service rendu aux cotisants au regard, notamment, des objectifs fixés par les contrats pluriannuels de gestion prévus à l'article L. 227-3 ;

3° Suivent l'évolution du contexte socio-économique.

Des instances départementales d'instruction des recours amiables sont constituées au sein des conseils départementaux. Elles sont composées de dix membres désignés parmi les conseillers départementaux à raison d'un représentant par organisation syndicale au titre des assurés sociaux et de cinq représentants au titre des employeurs et travailleurs indépendants.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 5 : Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

Article D215-1

Les circonscriptions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail sont fixées conformément au tableau joint au présent chapitre (annexe I).

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 6 : Constitution et groupement des caisses

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 1 : Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale

Chapitre 7 : Dispositions communes - Dispositions d'application

Section 1 : Règlement intérieur

Section 2 : Dispositions diverses concernant les administrateurs des caisses.

Article D217-1

En cas de pluralité d'unions départementales des associations familiales dans la circonscription d'une caisse primaire d'assurance maladie, d'une caisse d'allocations familiales ou d'une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, le ou les représentants des associations familiales au conseil d'administration de cette caisse sont désignés par l'union nationale des associations familiales si les unions départementales ne sont pas parvenues à un accord dans le délai de deux mois à compter de la date des élections des représentants des assurés sociaux dans les conseils d'administration des caisses locales.

Section 3 : Opérations immobilières des organismes de sécurité sociale concernant l'installation de leurs services administratifs

Section 4 : Dispositions d'application

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 1 : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Section 2 : Fonds des actions conventionnelles

Article D221-28

Le fonds des actions conventionnelles créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés par l'article L. 221-1-2 comporte une section distincte par profession faisant l'objet d'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 et pour les centres de santé conventionnés au titre de l'accord mentionné à l'article L. 162-32-1.

Pour chacune des sections, les partenaires conventionnels déterminent, dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, les modalités selon lesquelles il est établi chaque année, et modifié le cas échéant par décision modificative, un budget prévisionnel en équilibre des recettes et des dépenses de la section, ainsi que les modalités selon lesquelles sont prises les décisions de financements.

Lorsque des ressources inscrites dans la convention mentionnée à l'article L. 227-1 sont affectées au budget d'une ou plusieurs sections du fonds des actions conventionnelles, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés veille à ce que la totalité de ces affectations n'excède pas le montant inscrit pour ces ressources dans la convention précitée. Ces budgets sont soumis au conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article D221-29

Les opérations d'engagement, de liquidation et d'ordonnancement sont assurées par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. L'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés procède au paiement au vu des états liquidatifs transmis par le directeur général.

Article D221-30

La section des médecins dispose d'une sous-section retraçant les recettes et les dépenses liées au produit de la cotisation et au versement de l'allocation de remplacement prévues à l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale et mentionnées respectivement au 1° du I de l'article L. 221-1-2 et au premier alinéa du II du même article. En vue de l'établissement du budget mentionné à l'article D. 221-28, sont prises en compte les prévisions établies par la caisse autonome de retraite des médecins français.

Article D221-31

Le produit de la cotisation mentionnée au 1° du I de l'article L. 221-1-2 est versé par la caisse autonome de retraite des médecins français à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui en retrace le montant dans la sous-section mentionnée à l'article D. 221-30. Les modalités de ce versement sont fixées par une convention passée entre les deux caisses.

Les allocations de remplacement prévues par l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 susmentionnée sont liquidées par la caisse autonome de retraite des médecins français. Celle-ci adresse un état liquidatif des allocations et des cotisations qui y sont assises à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que toutes les pièces justificatives nécessaires. L'agent comptable de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés procède aux vérifications auxquelles il est tenu conformément à la réglementation applicable aux établissements publics de l'Etat. Si une irrégularité est constatée, il en avise la caisse autonome de retraite des médecins français qui procède aux régularisations nécessaires et adresse un nouvel état liquidatif.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut déléguer le versement des allocations de remplacement mentionnées au deuxième alinéa du présent article à la caisse autonome de retraite des médecins français, selon des modalités fixées par la convention mentionnée au premier alinéa du présent article.

Article D221-32

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés notifie à chaque caisse primaire d'assurance maladie et caisse générale de sécurité sociale le montant de la dotation annuelle dont elle dispose au titre de chacune des sections du fonds. Les opérations d'engagement, de liquidation et d'ordonnancement sont effectuées par le directeur de la caisse primaire ou générale de sécurité sociale.

Le paiement est effectué par l'agent comptable de la caisse primaire d'assurance maladie ou de la caisse générale de sécurité sociale au vu des états liquidatifs transmis par son directeur.

Article D221-33

Un compte de résultat du fonds des actions conventionnelles est établi à l'issu de chaque exercice comptable. Le compte de résultat est présenté par section. Aucune section ne peut être déficitaire. Les résultats excédentaires de la sous-section mentionnée à l'article D. 221-30 sont affectés à cette sous-section.

Le compte de résultat est soumis au conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans le cadre des opérations d'arrêté des comptes préparées par l'agent comptable de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 2 : Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 3 : Caisse nationale des allocations familiales

Article D223-1

I.-Pour l'application du 7° de l'article L. 223-1, les opérations de remboursement aux employeurs autres que l'Etat des rémunérations versées sont confiées, à titre exclusif, par la Caisse nationale des allocations familiales à la Caisse des dépôts et consignations par une convention de gestion également passée avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Cette convention fixe les conditions dans lesquelles la Caisse nationale des allocations familiales verse à la Caisse des dépôts et consignations, de façon provisionnelle, les sommes nécessaires aux opérations de remboursement. Elle fixe également le montant des frais de gestion versés par la Caisse nationale des allocations familiales à la Caisse des dépôts et consignations, ainsi que la périodicité et la nature des états ou pièces justificatives produits par la Caisse des dépôts et consignations.

Les employeurs autres que l'Etat adressent une demande de remboursement à la Caisse des dépôts et consignations. Les remboursements interviennent trimestriellement, sur la base d'un état récapitulatif indiquant, pour chaque agent concerné, le montant des dépenses à la charge de l'employeur et des dépenses remboursables, ainsi que le nombre des agents concernés et le nombre de jours de congés pris.

Les employeurs tiennent à la disposition de la Caisse des dépôts et consignations les pièces justificatives des demandes de remboursement pour chacun des agents concernés.

II.-Le remboursement des rémunérations servies par l'Etat à ses agents est effectué annuellement, sur le fondement d'un état récapitulatif produit à l'occasion des opérations de centralisation des comptes effectuées en application du 1° de l'article L. 223-1. L'état récapitulatif précise notamment le nombre des agents concernés et des jours de congés pris.

L'Etat tient à la disposition de la Caisse nationale des allocations familiales les pièces justificatives des demandes de remboursement pour chacun des agents concernés.

Article D223-2

Pour l'application du 8° de l'article L. 223-1, les modalités de remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales à la Banque de France des sommes versées aux agents titulaires de la Banque de France au titre du congé de paternité, ainsi que les pièces justificatives à produire, sont fixées par une convention conclue entre la Caisse nationale des allocations familiales et la Banque de France.

Cette convention peut prévoir le versement d'acomptes, calculés en fonction des dépenses constatées au cours de l'exercice précédent. Les états justificatifs comportent notamment le nombre des agents concernés et des jours de congé pris.

Le remboursement à leurs employeurs des rémunérations servies aux agents bénéficiaires des autres régimes spéciaux mentionnés au 8° de l'article L. 223-1 est effectué annuellement, sur le fondement d'un état récapitulatif produit à l'occasion des opérations de centralisation des comptes effectuées en application du 1° du même article. L'état récapitulatif précise notamment le nombre des agents concernés et des jours de congé pris.

Les employeurs mentionnés à cet article tiennent à la disposition de la Caisse nationale des allocations familiales les pièces justificatives des demandes de remboursement pour chacun des agents concernés.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 4 : Dispositions communes aux caisses nationales et à l'Agence centrale

Article D224-1

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 224-5, l'union des caisses nationales de sécurité sociale est chargée de contrôler la gestion de l'Institut national de formation défini à l'article L. 228-1 dans les conditions définies au chapitre 7 du présent titre.

L'union établit un bilan annuel des formations dispensées aux agents des organismes de sécurité sociale du régime général.

Article D224-2

Le conseil d'orientation de l'union des caisses nationales de sécurité sociale comprend 24 membres. Le nombre de sièges attribués aux représentants d'une part des assurés sociaux, d'autre part des employeurs, ainsi que la répartition de ces sièges entre les organisations représentant chacune de ces deux catégories d'administrateurs sont identiques à ceux retenus pour la composition des conseils d'administration des organismes visés à l'article L. 211-2.

Les suppléants sont désignés conformément aux dispositions du I de l'article L. 231-3.

Les membres du conseil d'orientation, désignés ou membres de droit, sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D224-3

Le président et le vice-président du conseil d'orientation sont élus dans des conditions fixées à l'article D. 231-24.

Le conseil se réunit chaque fois qu'il est convoqué par son président et au moins quatre fois par an.

Le conseil siège valablement dès lors que le nombre de ses membres assistant à la séance est supérieur à la moitié du nombre total des administrateurs ayant voix délibérative dont il est composé.

Est nulle et non avenue toute décision prise dès lors que le quorum n'est plus atteint en cours de séance.

L'agent comptable de l'union assiste, avec voix consultative, aux séances du conseil d'orientation et de ses commissions.

Le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget sont représentés auprès de l'union des caisses nationales de sécurité sociale chacun par un commissaire du Gouvernement.

Les commissaires du Gouvernement assistent aux séances du conseil d'orientation et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Article D224-4

Le conseil d'orientation est tenu de constituer en son sein une commission des marchés, conformément à la réglementation en vigueur.

Les membres du conseil d'orientation suppléants peuvent être désignés par le conseil d'orientation membres titulaires des commissions.

Article D224-5

Pour l'application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 224-5-2, un représentant chargé de siéger au comité exécutif des directeurs de l'union des caisses nationales de sécurité sociale est désigné pour une période de trois ans renouvelable une fois par les directeurs d'organismes locaux ou régionaux relevant des branches visées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 et d'organismes locaux ou régionaux de recouvrement, qui composent chacun des comités de branche placés respectivement auprès du directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Chaque nomination est transmise à l'union des caisses nationales de sécurité sociale par le directeur de la caisse nationale concernée.

Le comité de branche placé auprès du directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés comprend les directeurs des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et le directeur de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg.

Le comité de branche placé auprès du directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés représente la branche maladie, maternité, invalidité décès ainsi que la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Le mandat de membre du comité des directeurs est lié à l'exercice de la fonction de directeur d'organisme de la branche.

Article D224-6

Le président et le vice-président du comité exécutif des directeurs sont élus parmi les membres du comité dans des conditions définies à l'article D. 231-24.

Le vice-président remplace le président en cas d'empêchement.

Le comité se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le président et au moins quatre fois par an.

Le comité ne peut délibérer valablement que si la majorité des membres assistent à la séance.

Les membres du comité ne peuvent se faire représenter aux séances. Toutefois, ils peuvent donner délégation de vote à un autre membre du comité. Dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation. Les directeurs des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ne peuvent donner leur délégation de vote qu'à un autre membre du comité, directeur d'un organisme national.

En cas d'absence d'un directeur d'une caisse nationale ou de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, un agent de la caisse nationale ou de l'agence peut assister aux séances du comité avec voix consultative.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. Le directeur et l'agent comptable de l'union assistent de plein droit avec voix consultative aux séances du comité.

Les commissaires du Gouvernement mentionnés à l'article D. 224-3 assistent aux séances du comité et sont entendus chaque fois qu'ils le demandent.

Article D224-7

Sous réserve des dispositions des articles L. 224-5-1 et L. 224-5-2, le comité exécutif des directeurs a également pour rôle :

1° De nommer, sur la proposition du directeur, aux autres emplois de direction de l'union, sous réserve de l'agrément prévu à l'article R. 123-48 ;

2° De désigner les agents chargés de l'intérim des emplois de direction de l'union ;

3° De donner son avis sur les accords collectifs locaux soumis à l'agrément ministériel en application des articles L. 123-1 et L. 123-2 ;

4° De déterminer les modalités de mise en oeuvre des tâches communes aux différentes branches du régime général qui sont confiées à l'union ;

5° De donner mandat au directeur de l'union pour signer les accords collectifs nationaux négociés.

Article D224-8

Le directeur de l'union assure le fonctionnement de l'union sous le contrôle du comité exécutif des directeurs.

Le directeur soumet au comité exécutif des directeurs les accords collectifs nationaux négociés avant leur signature.

Le directeur a seul autorité sur le personnel, fixe l'organisation du travail dans les services et assure la discipline générale ; sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires donnant compétence à une autre autorité, il prend toutes mesures individuelles concernant la gestion du personnel.

Le directeur est ordonnateur des recettes et des dépenses de l'union.

Le directeur peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs agents de l'union pour effectuer en son nom soit certains actes, soit tous les actes relatifs à certaines de ses attributions.

En cas de vacance de l'emploi de directeur, d'absence momentanée ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint ou, à défaut, par un sous-directeur.

Le directeur préside le comité d'entreprise et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Le directeur, après avis du comité exécutif prévu à l'article L. 224-5-2, propose au conseil d'administration de l'Institut national de formation défini à l'article L. 228-1 les nominations du directeur et de l'agent comptable de cet institut.

Article D224-9

Le conseil d'orientation décide de la représentation de l'union des caisses nationales de sécurité sociale auprès des organismes extérieurs.

Article D224-10

Le secrétariat de l'instance nationale de concertation mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 224-5-2 est assuré par le directeur de l'union.

Article D224-11

Les délibérations du conseil d'orientation et du comité exécutif des directeurs sont soumises à approbation des autorités de tutelle dans les conditions fixées à l'article L. 224-10.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 5 : Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article D225-1

Pour les missions prévues à l'article L. 225-1, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale organise les circuits d'encaissement et de décaissement associés à l'ensemble des opérations financières des organismes du régime général.

Pour la gestion commune de la trésorerie des organismes du régime général, l'agence :

1° Centralise, chaque jour, le produit des cotisations et des contributions encaissé par les organismes chargés du recouvrement ;

2° Assure, chaque jour, l'alimentation en trésorerie des organismes, en fonction des échéanciers de besoins établis par chacun d'eux dans les conditions fixées par instruction de l'agence et à hauteur des demandes de paiement que ceux-ci lui adressent ;

3° Centralise, chaque jour, les éventuels excédents de trésorerie présents sur les comptes courants des organismes ;

4° Procède au règlement, sur instruction des caisses nationales, des créances et dettes nées entre les organismes du régime général ainsi qu'au règlement des créances et dettes réciproques de ces organismes et des organismes tiers ;

5° Notifie aux trois caisses nationales le montant des recettes et des dépenses correspondant aux gestions dont elles ont la charge.

Article D225-2

Les montants de trésorerie centralisés et reversés quotidiennement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au bénéfice des organismes ou fonds définis par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget sont retracés dans des comptes distincts par organisme ou fonds au sein de la comptabilité de l'agence. Ces comptes peuvent comporter des subdivisions en fonction des différentes branches ou sections que gèrent les organismes ou fonds précités.

Afin de limiter les opérations financières entre l'ensemble des caisses, organismes ou fonds, les comptes mentionnés à l'alinéa précédent peuvent être utilisés, à la demande des organismes ou fonds mentionnés au même alinéa, pour le paiement de dettes auprès des caisses de sécurité sociale du régime général ou d'autres organismes ou fonds mentionnés au même alinéa.

Le cas échéant, ces comptes retracent également les opérations financières conclues en application des dispositions des articles L. 225-1-3 et L. 225-1-4.

Une convention signée entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et chacun des organismes ou fonds mentionnés au premier alinéa, approuvée par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, prévoit les modalités selon lesquelles la situation des comptes mentionnés au premier alinéa leur est communiquée régulièrement et celles selon lesquelles, à leur demande ou de manière préétablie, tout ou partie des sommes inscrites sur ces comptes leur sont reversées.

Article D225-3

I.-Les comptes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale permettant, notamment, la centralisation quotidienne de la trésorerie des organismes du régime général et l'approvisionnement en trésorerie de ces organismes sont ouverts dans les livres de la Caisse des dépôts et consignations.

A ce titre, il est ouvert un compte courant central dans les livres de la Caisse des dépôts et consignations au nom de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont sans préjudice de l'ouverture d'autres comptes dans les livres de la Caisse des dépôts et consignations, notamment des comptes nécessaires à l'organisation des circuits financiers ainsi que d'un compte dédié à la mise en réserve au titre de la gestion des risques financiers associés à la mission confiée à l'agence par l'article L. 225-1.

La Caisse des dépôts et consignations transmet, chaque jour, à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la situation des opérations effectuées sur les comptes mentionnés au présent I.

Les comptes du présent I enregistrent en recettes et en dépenses les opérations associées aux missions prévues aux 1° à 3° de l'article D. 225-1.

II.-L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut également ouvrir des comptes de dépôt auprès de la Banque de France pour :

1° La sécurisation de l'alimentation du compte courant central mentionné au I du présent article, en raison notamment des décalages infrajournaliers entre les flux financiers associés à la gestion de trésorerie de l'Agence ;

2° Le placement des excédents durables ou des autres disponibilités mentionnés à l'article R. 255-4.

III.-Aucun des comptes mentionnés au présent article ne peut être débiteur.

Article D225-4

L'arrêté prévu par l'article L. 225-6 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 6 : Dispositions communes aux caisses nationales et à l'agence centrale

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 2 : Organismes nationaux

Chapitre 7 : Institut national de formation

Section 1 : Missions

Article D227-1

Sous réserve des dispositions prévues au présent chapitre, l'Institut national de formation fonctionne selon les règles applicables aux unions et définies au présent livre.

Article D227-2

Pour la réalisation des formations institutionnelles spécifiques au service public de la sécurité sociale, les caisses nationales du régime général, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et les organismes locaux du régime général sont tenus de recourir à l'Institut national de formation.

Sont considérées comme des formations spécifiques, au sens de l'alinéa précédent, les formations ayant au moins l'un des objets suivants :

- 1° La mise en œuvre des législations spécifiques à une ou plusieurs branches du régime général ;
- 2° Les modes d'organisation ou de fonctionnement développés spécifiquement par les organismes de sécurité sociale pour répondre aux missions qui leur sont confiées ;
- 3° Les métiers de la prévention des risques, de la régulation, du contrôle ou du recouvrement, ou impliquant la mise en œuvre de prérogatives de puissance publique ;
- 4° L'utilisation d'un système d'information spécifique à une ou plusieurs branches du régime général de sécurité sociale.

Section 2 : Organisation et fonctionnement

Article D227-3

L'Union des caisses nationales de sécurité sociale contrôle la gestion de l'Institut national de formation et approuve son budget. Elle constitue l'organisme national de rattachement de l'Institut national de formation au sens de l'article L. 153-2.

Un contrat pluriannuel de gestion est conclu entre, d'une part, l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, représentée par son directeur, le président du conseil d'orientation mentionné à l'article L. 224-5-1

et le président du comité exécutif prévu à l'article L. 224-5-2 et, d'autre part, l'Institut national de formation, représenté par son directeur et le président de son conseil d'administration.

Ce contrat détermine les orientations pluriannuelles liées à la mise en œuvre des missions confiées à l'institut, les règles de calcul et d'évolution de son budget ainsi que les objectifs assignés à l'institut et les indicateurs qui leur sont associés. Il précise les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution, notamment pour tenir compte du renouvellement de la convention mentionnée à l'article L. 224-5-5.

Article D227-4

L'Institut national de formation est doté d'un conseil d'administration de douze membres qui comprend :

1° Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et les directeurs de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ou leur représentant ;

2° Huit membres désignés par le conseil d'orientation de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale parmi ses membres, dont quatre présidents ou vice-présidents des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale du régime général.

Le conseil d'orientation de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale désigne pour chaque siège un titulaire et un suppléant.

Siègent également, avec voix consultative, le directeur de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ou son représentant, le directeur de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale ou son représentant ainsi que deux représentants du personnel élus. Les employés et assimilés, d'une part, et les cadres et assimilés, d'autre part, élisent chacun un représentant. Le directeur et l'agent comptable de l'institut assistent aux séances du conseil d'administration avec voix consultative.

Le ministre chargé de la sécurité sociale est représenté par un commissaire du Gouvernement qui assiste aux séances du conseil d'administration. Le commissaire du Gouvernement est entendu chaque fois qu'il le demande.

Les membres du conseil d'administration sont désignés après chaque renouvellement du conseil d'orientation de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale.

Le président et le vice-président du conseil d'administration sont élus par les membres du conseil d'administration. Les directeurs des caisses nationales du régime général et de l'agence centrale ne sont pas éligibles aux fonctions de président et de vice-président.

Article D227-5

Le conseil d'administration de l'Institut national de formation a notamment pour rôle :

1° D'établir les statuts et le règlement intérieur ;

2° De voter le budget ;

3° De nommer, sur proposition du directeur de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale après avis du comité exécutif prévu à l'article L. 224-5-2, le directeur et l'agent comptable ;

4° De contrôler l'application des dispositions législatives et réglementaires par le directeur et l'agent comptable ;

5° De délibérer sur les orientations générales de l'offre de formation ;

6° D'approuver le contrat pluriannuel de gestion prévu à l'article D. 227-3 ;

7° De délibérer sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur.

Article D227-6

Les délibérations du conseil d'administration de l'Institut national de formation sont soumises à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale dans les conditions fixées à l'article L. 224-10.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 3 : Dispositions communes à toutes les caisses

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux conseils ou aux conseils d'administration

Section 1 : Composition des conseils ou des conseils d'administration

Sous-section 1 : Dispositions générales

Article D231-1

La durée du mandat des membres des conseils ou des conseils d'administration des organismes du régime général de sécurité sociale est de quatre ans.

Sous-section 2 : Membres désignés.

Article D231-1-1

L'autorité compétente pour la désignation des personnes qualifiées au sein des conseils d'administration des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est le ministre chargé de la sécurité sociale.

L'autorité compétente pour la désignation des personnes qualifiées au sein des conseils d'administration des organismes visés aux articles L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2, L. 215-3, L. 215-7, L. 752-6 et L. 752-9 est le préfet de la région dans laquelle l'organisme a son siège.

Article D231-2

Les sièges des représentants des assurés sociaux dans les conseils d'administration des organismes visés aux articles L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2, L. 215-3, L. 215-7, L. 752-6 et L. 752-9 sont répartis ainsi :

- Confédération générale du travail : deux ;

- Confédération générale du travail Force ouvrière : deux ;
- Confédération française démocratique du travail : deux ;
- Confédération française des travailleurs chrétiens : un ;
- Confédération française de l'encadrement CGC : un.

Les sièges des représentants des assurés sociaux dans les conseils d'administration des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont répartis ainsi :

- Confédération générale du travail : trois ;
- Confédération générale du travail Force ouvrière : trois ;
- Confédération française démocratique du travail : trois ;
- Confédération française des travailleurs chrétiens : deux ;
- Confédération française de l'encadrement CGC : deux.

Article D231-3

Les représentants des employeurs dans les conseils d'administration des organismes de sécurité sociale du régime général visés aux articles L. 215-2, L. 215-3 et L. 215-7 sont désignés à raison de :

- quatre membres par le Mouvement des entreprises de France ;
- deux membres par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- deux membres par l'Union professionnelle artisanale.

Les représentants des employeurs au conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sont désignés à raison de :

- sept membres par le Mouvement des entreprises de France ;
- trois membres par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;

- trois membres par l'Union professionnelle artisanale.

Les représentants des employeurs dans les conseils d'administration des organismes de sécurité sociale visés aux articles L. 212-2, L. 213-2, L. 752-6 et L. 752-9 sont désignés à raison de :

- trois membres par le Mouvement des entreprises de France ;
- un membre par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- un membre par l'Union professionnelle artisanale.

Les représentants des employeurs dans les conseils d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont désignés à raison de :

- six membres par le Mouvement des entreprises de France ;
- deux membres par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- deux membres par l'Union professionnelle artisanale.

Les représentants des travailleurs indépendants dans les conseils d'administration des organismes visés aux articles L. 212-2, L. 213-2, L. 223-3, L. 225-3, L. 752-6 et L. 752-9 sont désignés à raison de :

- un membre par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises ;
- un membre par l'Union professionnelle artisanale ;
- un membre désigné conjointement par l'Union nationale des professions libérales et la Chambre nationale des professions libérales.

Article D231-4

Les membres du conseil ou du conseil d'administration de chaque caisse nationale, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les membres désignés des conseils ou conseils d'administration des autres caisses ainsi que des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont nommés par le préfet de la région dans laquelle l'organisme a son siège.

Sous-section 3 : Représentants du personnel.

Article D231-5

Les trois représentants du personnel dans les conseils ou conseils d'administration des organismes de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 211-2, L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2, L. 215-3, L. 215-7, L. 222-5, L. 223-3, L. 225-3, L. 752-6 et L. 752-9 sont élus, d'une part, par les employés et assimilés et, d'autre part, par les cadres et assimilés de chaque organisme.

Les employés et assimilés élisent deux représentants. Les cadres et assimilés élisent un représentant.

Toutefois, les trois représentants du personnel au conseil de l'organisme de sécurité sociale mentionné à l'article L. 221-3 sont élus comme suit :

Les employés et assimilés élisent un représentant. Les praticiens-conseils y compris ceux affectés aux échelons régionaux et locaux du contrôle médical élisent un représentant. Les cadres et assimilés élisent un représentant.

Article D231-6

La répartition du personnel dans les collèges électoraux fait l'objet d'un accord entre le directeur et chacune des organisations syndicales affiliées aux organisations syndicales représentatives des salariés en application de l'article L. 2121-1 du code du travail.

Dans le cas où cet accord ne peut être obtenu, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 procède à la répartition entre les collèges électoraux.

Article D231-7

Sont électeurs les salariés travaillant depuis au moins trois mois dans un organisme du régime général de sécurité sociale au jour du scrutin, âgés à cette même date de seize ans accomplis, et n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 6 et L. 7 du code électoral.

Article D231-8

Sont éligibles les électeurs âgés de dix-huit ans accomplis au jour du scrutin et ayant travaillé sans interruption depuis six mois au moins dans un organisme de sécurité sociale.

Ne peuvent être candidats les directeurs, agents de direction et agents comptables nommés dans le cadre de l'article R. 224-6 et de l'article R. 225-6.

Aucun agent de direction ou agent comptable nommé ou désigné par le conseil d'administration en vertu de l'article R. 121-1 ne peut être candidat.

Article D231-9

La liste électorale est arrêtée par le directeur de chaque organisme et est affichée un mois avant le jour du scrutin.

Article D231-10

Dans les trois jours ouvrés qui suivent l'affichage de la liste, tout électeur peut réclamer l'inscription ou la radiation d'un électeur omis ou indûment inscrit, par déclaration orale ou écrite, faite, remise ou adressée au secrétariat-greffe du tribunal d'instance du siège de l'organisme.

La déclaration indique les nom, prénoms et adresse du requérant et la qualité en laquelle il agit ainsi que l'objet du recours.

Le tribunal d'instance statue dans les huit jours sans frais ni forme de procédure sur simple avertissement donné trois jours à l'avance à toutes les parties intéressées.

La décision du tribunal d'instance est en dernier ressort. Elle peut être déférée à la Cour de cassation. Le délai du pourvoi est de dix jours. Le pourvoi est formé, instruit et jugé dans les conditions fixées par les articles 999 et 1008 du code de procédure civile.

La liste électorale ainsi rectifiée est affichée quinze jours au moins avant la date de l'élection par le directeur de l'organisme.

Article D231-11

Seules les organisations syndicales affiliées aux organisations syndicales reconnues représentatives des salariés en application de l'article L. 133-2 du code du travail peuvent présenter des candidats dans les collèges mentionnés à l'article D. 231-5.

Chaque liste comprend, au maximum, un nombre de candidats égal au double du nombre de postes de représentant du personnel à pourvoir dans le collège concerné.

Article D231-12

Les candidatures sont déposées auprès du directeur de l'organisme quinze jours au moins avant la date fixée pour les élections et sont affichées sans délai.

La déclaration de candidature est faite collectivement pour chaque liste par le candidat tête de liste ou par un mandataire muni d'une procuration écrite signée de chaque candidat figurant sur la liste.

Cette déclaration précise :

1°) le collège électoral ;

2°) le titre de la liste ;

3°) l'ordre de présentation des candidats figurant sur la liste.

A cette déclaration collective sont jointes les déclarations individuelles de chacun des candidats de la liste. Chaque déclaration individuelle est signée par le candidat.

Article D231-13

Si, après la date limite de dépôt des candidatures, un ou plusieurs candidats inscrits sur une liste sont reconnus inéligibles, la liste devenue ainsi incomplète participe néanmoins à l'élection.

L'inéligibilité de candidats n'entraîne pas l'invalidation de la liste sur laquelle ils se présentent.

Article D231-14

Les contestations relatives à la régularité des listes de candidats sont portées, dans les conditions prévues à l'article D. 231-10, devant le tribunal d'instance qui statue dans les mêmes formes et délais.

Article D231-15

L'élection a lieu à la date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'élection se déroule au scrutin secret sous enveloppe sur le lieu et pendant le temps de travail. La participation des salariés au scrutin ne peut donner lieu à aucune diminution de rémunération. Les salariés peuvent voter par correspondance.

Article D231-16

Les bulletins et enveloppes sont établis par chaque organisation selon un modèle qui sera fixé par arrêté. Les frais d'établissement de ces documents sont à la charge dudit organisme.

L'envoi des documents de propagande aux électeurs est assuré par les organismes de sécurité sociale.

Article D231-17

Un protocole d'accord préélectoral détermine les modalités d'organisation et de déroulement des opérations électorales, notamment les conditions d'envoi par les organismes des documents de propagande et celles du vote par correspondance. Cet accord doit respecter les principes généraux du droit électoral.

Les modalités sur lesquelles aucun accord n'a pu intervenir peuvent être fixées par une décision du tribunal d'instance statuant en dernier ressort en la forme des référés.

Article D231-18

Il est constitué un bureau de vote pour chacun des collèges électoraux.

Chaque liste de candidats a le droit d'être représentée dans chaque bureau de vote par un délégué habilité à contrôler toutes les opérations de vote, de dépouillement des bulletins et de décompte des voix. Le délégué qui doit avoir la qualité d'électeur peut exiger l'inscription au procès-verbal de toutes observations, protestations ou contestations sur ces opérations, soit avant la proclamation des résultats, soit immédiatement après. Un même délégué peut être habilité à exercer ce contrôle dans plusieurs bureaux de vote.

Pour assurer pendant le vote les fonctions définies au premier alinéa du présent article, l'intéressé peut quitter son poste de travail sans perte de salaire.

Des bureaux de vote annexes peuvent être constitués. Chaque liste peut nommer un délégué pour composer ces bureaux.

Lorsque plusieurs bureaux de vote ont été constitués, l'un des bureaux déterminé par le protocole d'accord préélectoral ou, à défaut, par le directeur de l'organisme est le bureau centralisateur.

Les procès-verbaux établis dans chacun des bureaux de vote sont transmis au bureau centralisateur qui recense les résultats de l'ensemble de l'organisme.

Article D231-19

L'élection a lieu au scrutin de liste, avec représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans panachage.

Lorsque le nom d'un candidat a été raturé, les ratures ne sont pas prises en compte si leur nombre est inférieur à 10 p. 100 des suffrages valablement exprimés en faveur de la liste sur laquelle figure ce candidat ; dans ce cas, les candidats sont proclamés élus dans l'ordre de présentation.

Article D231-20

Il est attribué à chaque liste autant de sièges que le nombre de voix recueilli par elle contient de fois le quotient électoral. Le quotient électoral est égal au nombre total des suffrages valablement exprimés par les électeurs du collège, divisé par le nombre de sièges à pourvoir.

Au cas où il n'a été pourvu à aucun siège ou s'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restant sont attribués sur la base de la plus forte moyenne.

A cet effet, le nombre de voix obtenu par chaque liste est divisé par le nombre augmenté d'une unité des sièges attribués à la liste. Les différentes listes sont classées dans l'ordre décroissant des moyennes ainsi obtenues. Le premier siège non pourvu est attribué à la liste ayant la plus forte moyenne.

Il est procédé successivement à la même opération pour chacun des sièges non pourvus.

Dans le cas où deux listes ont la même moyenne et où il ne reste qu'un siège à pourvoir, ledit siège est attribué à la liste qui a le plus grand nombre de voix.

Si deux listes ont recueilli le même nombre de voix, le siège est attribué au plus âgé des deux candidats susceptibles d'être élus.

Article D231-21

Les contestations relatives à l'électorat, à l'éligibilité des candidats et à la régularité des opérations électorales sont portées dans un délai de cinq jours à compter de la proclamation des résultats devant le tribunal d'instance du siège de l'organisme dans les formes prévues à l'article D. 231- 10.

Le tribunal d'instance statue dans les dix jours sans frais ni forme de procédure sur simple avertissement donné trois jours à l'avance à toutes les parties intéressées. La décision du juge du tribunal d'instance est en dernier ressort.

Elle peut être déférée à la Cour de cassation. Le délai du pourvoi est de dix jours. Le pourvoi est formé, instruit et jugé dans les conditions fixées par les articles 999 et 1008 du code de procédure civile.

Article D231-22

Les représentants du personnel sont élus pour la durée du mandat du conseil ou du conseil d'administration où ils siègent.

Ils peuvent être réélus.

Article D231-23

Sont démissionnaires d'office les représentants du personnel qui cessent d'appartenir à l'organisme ou au collège au sein duquel ils ont été élus.

Section 2 : Fonctionnement.

Article D231-24

Le conseil d'administration élit un président, un premier vice-président et, le cas échéant, un ou deux autres vice-présidents au scrutin secret au premier et au deuxième tour de scrutin à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge. Le nombre de vice-présidents ne doit pas excéder trois. Dans les organismes dotés d'un conseil, celui-ci élit un président et un vice-président dans les mêmes conditions.

Le président et le ou les vice-présidents sont élus pour la durée de mandat des administrateurs.

Le mandat du président est renouvelable une fois.

Article D231-25

L'arrêté prévu au troisième alinéa de l'article L. 231-12 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 3 : Dispositions d'application

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 3 : Dispositions communes à toutes les caisses

Chapitre 2 : Transmission d'informations entre caisses en matière d'assurance vieillesse

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 3 : Dispositions communes à toutes les caisses

Chapitre 3 : Moyens mécanographiques et électroniques des caisses

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 3 : Dispositions communes à toutes les caisses

Chapitre 4 : Remboursement du forfait postal

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 1er : Généralités

Section 1 : Assurances sociales

Sous-section 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

Article D241-1

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 241-2 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D241-1-1

Pour l'application des dispositions de l'article L. 241-3-1 aux salariés dont la rémunération, en application de dispositions réglementaires, conventionnelles ou du contrat de travail, n'est pas déterminée selon un nombre d'heures de travail effectuées, le nombre d'heures considéré comme correspondant à la rémunération mensuelle versée, pris en compte pour le calcul du salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein mentionné à l'article R. 241-0-2, est égal :

1° Pour les salariés dont la durée de travail est fixée par une convention individuelle de forfait annuel en heures, à cinquante-deux douzièmes du rapport entre ce forfait et 45,7 ;

2° Pour les travailleurs à domicile mentionnés à l'article L. 721-1 du code du travail et pour les concierges et employés d'immeubles à usage d'habitation mentionnés à l'article L. 771-1 du même code, au rapport entre la rémunération mensuelle versée au cours du mois civil considéré et le taux horaire du salaire minimum de croissance ;

3° Pour les autres salariés, non mentionnés au 1° ou au 2° ci-dessus, au rapport entre la rémunération mensuelle versée au cours du mois civil considéré et le taux horaire du salaire minimum de croissance majoré de 70 %.

Pour l'application des dispositions du présent article :

a) Le salaire minimum de croissance est pris en compte pour sa valeur la plus élevée en vigueur au cours de la période d'emploi rémunérée ;

b) La rémunération mensuelle prise en compte est constituée des gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1 du présent code, versés au salarié au cours du mois civil considéré.

Sous-section 2 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage.

Article D241-2

Les arrêtés prévus au troisième alinéa de l'article L. 241-3 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Une convention conclue entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés détermine les relations financières nécessaires au versement, par la branche accidents du travail-maladies professionnelles du régime général, de la contribution mentionnée au premier alinéa de l'article L. 241-3 couvrant, sur la base des dépenses engagées, les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4, y compris celles liées au fonctionnement de la commission pluridisciplinaire chargée d'examiner les départs relevant du III de cet article.

Section 2 : Accidents du travail et maladies professionnelles

Article D241-2-1

L'arrêté prévu au troisième alinéa de l'article L. 241-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D241-2-2

Les dépenses relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles définis aux articles L. 411-1, L. 411-2 et L. 461-1 et survenus ou contractés dans le cadre des périodes d'emploi ou de formation prévues à l'article L. 3133-1 du code de la santé publique sont inscrites à un compte spécial de l'Etat. La valeur du risque mentionnée à l'article D. 242-6-3 n'est pas inscrite au compte employeur.

L'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés peuvent conclure une convention précisant les modalités de remboursement de ces dépenses. En l'absence de convention, les dépenses sont remboursées annuellement.

Article D241-2-3

La cotisation supplémentaire mentionnée à l'article L. 452-2 n'est pas imposée lorsque la faute inexcusable de l'Etat est reconnue pour les dommages subis par le réserviste à l'occasion du service dans la réserve prévu à l'article L. 3133-1 du code de la santé publique.

Article D241-2-4

La réduction mentionnée à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 751-17 du code rural et de la pêche maritime peut s'imputer sur les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, sans pouvoir excéder 0,93 % de la rémunération.

Section 3 : Prestations familiales.

Article D241-3

L'arrêté prévu à l'article L. 241-6 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D241-3-1

Le taux des cotisations d'allocations familiales prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 241-6 est fixé à 5,25 %, sous réserve des dispositions des articles D. 241-3-2 et D. 242-15-1.

Article D241-3-2

I.-Le seuil de rémunérations ou gains prévu à l'article L. 241-6-1 pour ouvrir droit à l'application du taux réduit est déterminé selon les modalités définies aux II à IV de l'article D. 241-7.

II.-Le montant des cotisations prévues au 1° de l'article L. 241-6 et à l'article L. 241-6-1 dû au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil est égal au produit de la rémunération mensuelle et du taux de cotisation déterminé selon les modalités définies aux II à IV de l'article D. 241-7, en tenant compte, pour l'application de ces dernières dispositions, du montant mensuel de la rémunération et du salaire minimum de croissance.

Il est procédé à une régularisation des cotisations dues en application du premier alinéa du présent II selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article D. 241-9.

Section 4 : Dispositions communes.

Sous-section 1 : Travailleurs à domicile.

Article D241-4

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 241-9 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Sous-section 2 : Services à la personne.

Article D241-5

Pour l'application de l'article L. 241-10, les conditions d'âge sont les suivantes :

-soixante-dix ans, pour les personnes mentionnées au a de cet article ; pour les couples, la condition est satisfaite dès lors que l'un de ses membres a atteint cet âge ;

-l'âge prévu par l'article L. 161-17-2, pour les personnes mentionnées au d du même article lorsqu'une condition d'âge est requise.

Le plafond de rémunération prévu au a du I de l'article L. 241-10 est fixé, par mois, à soixante-cinq fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur au premier jour du mois considéré.

Article D241-5-1

Les personnes visées au d du I de l'article L. 241-10 sont dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie lorsqu'elles ne peuvent accomplir seules, totalement, habituellement et correctement au moins quatre des actes de la grille nationale annexée au décret n° 97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, que ces actes se rapportent aux variables discriminantes relatives à la perte d'autonomie physique et psychique, ou aux variables illustratives relatives à la perte d'autonomie domestique et sociale.

Article D241-5-3

I.-L'exonération prévue au III de l'article L. 241-10 est applicable à l'ensemble des rémunérations au sens de l'article L. 242-1, au prorata du nombre d'heures d'aide à domicile réalisées chez les personnes mentionnées audit III au cours du mois civil auquel ces rémunérations sont afférentes.

Lorsque l'aide à domicile n'a effectué aucune heure de travail au cours du mois considéré, mais a néanmoins perçu des rémunérations au sens de l'article L. 242-1, l'exonération prévue au III de l'article L. 241-10 est applicable au prorata du nombre d'heures d'aide à domicile réalisées chez les personnes mentionnées audit III, retenu pour le mois civil précédent.

II.-Lorsque la rémunération mensuelle est fixée sur la base d'une durée du travail indépendante de l'horaire réel, l'exonération prévue au III de l'article L. 241-10 s'applique, dans les conditions prévues au I ci-dessus, à l'ensemble des rémunérations afférentes à la période annuelle ou infra-annuelle retenue pour apprécier la durée du travail moyenne.

Les employeurs doivent procéder, à l'expiration de ladite période, à une régularisation :

1° Le montant, pour chaque aide à domicile, des rémunérations effectivement exonérées est déterminé en appliquant au total des rémunérations versées le rapport entre le nombre d'heures d'aide à domicile qu'elle a réalisées chez les personnes mentionnées au III de l'article L. 241-10 au cours de la période mentionnée au premier alinéa et le total de ses heures sur cette même période ;

2° Si ce montant est inférieur à la somme des rémunérations exonérées au cours de chacun des mois, les cotisations calculées sur l'écart constaté sont versées en même temps que celles afférentes à la rémunération versée au cours du dernier mois de la période considérée ; s'il est supérieur, le trop-versé de cotisations est déduit des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales dues au titre de ce même mois ou, le cas échéant, des mois suivants.

La régularisation mentionnée à l'alinéa ci-dessus intervient dans le délai mentionné au dernier alinéa de l'article R. 243-14 en cas de cessation d'activité ou, le cas échéant, de cession de l'organisme d'aide à domicile.

Article D241-5-4

Les rémunérations versées par les employeurs mentionnés au III de l'article L. 241-10 aux aides à domicile intervenant chez les personnes mentionnées au d du premier alinéa du I de l'article L. 241-10 sont exonérées des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales, sous réserve que lesdites personnes aient été préalablement reconnues par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dont relève leur domicile comme remplissant les conditions définies au d dudit I.

Article D241-5-5

Les employeurs mentionnés au III de l'article L. 241-10 doivent :

1° Adresser, lors de l'envoi du bordereau prévu au I de l'article R. 243-13 et afférent à la période au cours de laquelle ils appliquent pour la première fois l'exonération, tout document attestant qu'ils sont déclarés ou agréés, en application de l'article L. 7232-1 et L. 7232-1-1 du code du travail, pour exercer des activités

concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées, qu'ils sont habilités au titre de l'aide sociale ou qu'ils ont conclu une convention avec un organisme de sécurité sociale ;

2° Etre en mesure de produire auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général :

a) Pour les personnes visées aux b, c et e du I de l'article L. 241-10, les documents que ces personnes doivent produire auprès de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général à l'appui d'une demande d'exonération en tant que particuliers employeurs d'une aide à domicile ;

b) Pour les personnes visées au d du I de l'article L. 241-10, la décision de l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général prévue à l'article D. 241-5-4 ;

c) Pour les personnes mentionnées au b du III de l'article L. 241-10, tous documents des organismes ou collectivités territoriales compétents attestant que l'intéressé bénéficie de ces prestations ;

d) Dans tous les cas, un bordereau mensuel comportant les nom, prénom et signature des personnes recourant à l'aide à domicile, les dates et durées des interventions de l'aide à domicile, les nom, prénom et signature de celle-ci et, le cas échéant, la dénomination de l'organisme finançant les interventions ;

e) Pour chaque aide à domicile, un bordereau mensuel comportant ses nom et prénom, sa durée de travail, les nom, prénom et adresse de chacune des personnes mentionnées ci-dessus chez lesquelles elle est intervenue et le nombre d'heures afférents à chacune de ces interventions.

Article D241-5-6

Les organismes servant les prestations mentionnées aux b, c, d et e du I ou au premier alinéa du III de l'article L. 241-10 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale du régime général, sur demande de ceux-ci, les renseignements nécessaires à la vérification des informations mentionnées à l'article D. 241-5-3.

Article D241-5-7

Le droit à la déduction forfaitaire mentionnée au 2° du I bis de l'article L. 241-10 est ouvert pour chaque heure de travail effectuée par les salariés dans la limite de 40 heures de travail par mois par salarié.

L'employeur bénéficie de cette déduction sous réserve de se conformer aux modalités de déclarations fixées aux alinéas 3 et 4 de l'article D. 531-24.

Sous-section 3 : Associations intermédiaires.

Article D241-6

La durée d'activité en deçà de laquelle est accordée l'exonération mentionnée à l'article L. 241-11 est de sept cent cinquante heures par année civile ou sur une période continue d'un an.

Sous-section 4 : Allègement général des cotisations patronales.

Article D241-7

I.-Le coefficient mentionné au III de l'article L. 241-13 est déterminé par application de la formule suivante :

Coefficient = $(T/0,6) \times (1,6 \times \text{SMIC calculé pour un an/ rémunération annuelle brute-1})$.

T est la valeur maximale du coefficient mentionnée au troisième alinéa du III de l'article L. 241-13. Elle est fixée conformément au tableau suivant, sous réserve des dispositions du dernier alinéa du présent I :

GAINS ET RÉMUNÉRATIONS VERSÉS PAR :	EN 2016	À COMPTER DE 2017
Les employeurs soumis au 1° de l'article L. 834-1	0,2802	0,2807
Les employeurs soumis au 2° de l'article L. 834-1	0,2842	0,2847

Le résultat obtenu par application de cette formule est arrondi à quatre décimales, au dix millième le plus proche. Il est pris en compte pour les valeurs mentionnées dans le tableau ci-dessus s'il est supérieur à celles-ci.

En cas d'application d'un dispositif de lissage des effets liés au franchissement d'un seuil d'effectif, conduisant l'employeur à appliquer à titre transitoire un taux réduit pour le calcul de la contribution prévue à l'article L. 834-1, le coefficient T est ajusté en conséquence.

II.-Le montant de la rémunération annuelle brute à prendre en compte est défini selon les modalités prévues au III de l'article L. 241-13.

Sous réserve des dispositions prévues par les alinéas suivants, le montant annuel du salaire minimum de croissance à prendre en compte est égal à 1 820 fois le salaire minimum de croissance prévu par l'article L. 3231-2 du code du travail ou à la somme de douze fractions identiques correspondant à sa valeur multipliée par les 52/12 de la durée légale hebdomadaire.

Pour les salariés dont la rémunération contractuelle est fixée sur une base inférieure à la durée légale ainsi que pour les salariés n'entrant pas dans le champ d'application de l'article L. 3242-1 du code du travail autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa du III, le montant du salaire minimum de croissance ainsi déterminé est corrigé à proportion de la durée de travail, hors heures supplémentaires mentionnées à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale et complémentaires au sens des articles L. 3123-17 et L. 3123-18 du

code du travail, inscrite à leur contrat de travail au titre de la période où ils sont présents dans l'entreprise et rapportée à celle correspondant à la durée légale du travail.

En cas de suspension du contrat de travail avec paiement intégral de la rémunération brute du salarié, la fraction du montant du salaire minimum de croissance correspondant au mois où le contrat est suspendu est prise en compte pour sa valeur déterminée dans les conditions ci-dessus.

Pour les salariés entrant dans le champ d'application de l'article L. 3242-1 susmentionné qui ne sont pas présents toute l'année ou dont le contrat de travail est suspendu sans paiement de la rémunération ou avec paiement partiel de celle-ci par l'employeur, ainsi que pour les salariés mentionnés au deuxième alinéa du III, la fraction du montant du salaire minimum de croissance correspondant au mois où a lieu l'absence est corrigée selon le rapport entre la rémunération, telle que définie à l'article L. 242-1, versée et celle qui aurait été versée si le salarié avait été présent tout le mois, hors éléments de rémunération qui ne sont pas affectés par l'absence. Le salaire minimum de croissance est corrigé selon les mêmes modalités pour les salariés n'entrant pas dans le champ d'application de l'article L. 3242-1 susmentionné dont le contrat de travail est suspendu avec paiement partiel de la rémunération.

Le cas échéant, le montant du salaire minimum de croissance à prendre en compte est majoré du produit du nombre d'heures supplémentaires mentionnées à l'article L. 241-18 du code de la sécurité sociale et complémentaires au sens des articles L. 3123-17 et L. 3123-18 du code du travail rémunérées au cours de l'année par le salaire minimum de croissance prévu par l'article L. 3231-2 du code du travail.

Si un des paramètres de détermination du montant annuel du salaire minimum de croissance à prendre en compte évolue en cours d'année, sa valeur annuelle est égale à la somme des valeurs déterminées par application des règles précédentes pour les périodes antérieure et postérieure à l'évolution.

III.-Pour les salariés en contrat de travail temporaire mis à disposition au cours d'une année auprès de plusieurs entreprises utilisatrices, le coefficient mentionné au I est déterminé pour chaque mission.

Les dispositions du précédent alinéa ne s'appliquent pas aux salariés intérimaires titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée n'entrant pas dans le champ d'application de l'article L. 3242-1 du code du travail et ouvrant droit à une garantie minimale mensuelle au moins égale pour un temps plein à 151,67 fois le montant horaire du salaire minimum de croissance, en application des dispositions d'une convention de branche ou d'un accord professionnel ou interprofessionnel étendu.

Pour les salariés en contrat à durée déterminée auprès d'un même employeur, le coefficient mentionné au I est déterminé pour chaque contrat.

IV.-Conformément à l'article L. 3121-44 du code du travail, pour les salariés dont la durée de travail est fixée en jours, et dans le cas où ce nombre est inférieur à 218, le SMIC annuel est corrigé du rapport entre le nombre de jours travaillés et la durée légale du travail de 218 jours.

En cas de suspension du contrat de travail, il est fait application des dispositions du II.

Article D241-8

Le montant de la réduction prévue à l'article L. 241-13 appliquée par anticipation aux cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil est égal au produit de la rémunération mensuelle par le coefficient mentionné au I de l'article D. 241-7 calculé selon les modalités prévues au même article, à l'exception du montant du salaire minimum de croissance et de la rémunération qui sont pris en compte pour un mois.

Article D241-9

Les cotisations dues au titre du dernier mois ou du dernier trimestre de l'année tiennent compte, le cas échéant, de la régularisation du différentiel entre la somme des montants de la réduction mentionnée à l'article L. 241-13 appliquée par anticipation pour les mois précédents de l'année et le montant de cette réduction calculée pour l'année. En cas de cessation du contrat de travail en cours d'année, la régularisation s'opère sur les cotisations dues au titre du dernier mois ou trimestre d'emploi.

Une régularisation progressive des cotisations peut être opérée en cours d'année, d'un versement à l'autre, en faisant masse, à chaque échéance, des éléments nécessaires au calcul de la réduction sur la période écoulée depuis le premier jour de l'année ou à dater de l'embauche si elle est postérieure.

Article D241-10

I.-Pour les salariés mentionnés au IV de l'article L. 241-13, le coefficient mentionné au deuxième alinéa du III est calculé selon la formule suivante :

Coefficient = $(T/0,6) \times (1,6 \times a \times \text{SMIC calculé pour un an} / \text{rémunération annuelle brute} - 1) \times b$.

Le coefficient noté T et les montants du SMIC calculé pour un an et de la rémunération brute sont identiques à ceux mentionnés à l'article D. 241-7.

Le septième alinéa du II de l'article D. 241-7 du même code est applicable si la valeur a à prendre en compte évolue en cours d'année.

II.-Pour les salariés mentionnés au 1° du IV de l'article L. 241-13 qui sont soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 1er janvier 2010, les valeurs a et b sont respectivement fixées :

-à 45/35 et à 1 pour ceux mentionnés au deuxième alinéa du 3° de l'article 5 du décret n° 83-40 du 26 janvier 1983 modifié relatif aux modalités d'application des dispositions du code du travail concernant la durée du travail dans les entreprises de transport routier de marchandise ;

-à 40/35 et à 1 pour ceux mentionnés au troisième alinéa du 3° de l'article 5 du décret mentionné au précédent alinéa du présent article.

Lorsque la rémunération versée, hors heures supplémentaires, n'est pas établie sur la base de la durée équivalente à la durée légale, la valeur a est ajustée dans la même proportion.

III.-Pour les salariés mentionnés au 2° du IV de l'article L. 241-13 auxquels l'employeur est tenu de verser une indemnité compensatrice de congé payé en application de l'article L. 1251-19 du code du travail, les valeurs a et b sont respectivement fixées à 1 et à 1,1.

IV.-Pour les salariés mentionnés au 3° du IV de l'article L. 241-13 qui relèvent des professions dans lesquelles le paiement des congés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de congés, les valeurs a et b sont respectivement fixées à 1 et à 100/90.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la valeur a est fixée à la valeur mentionnée au II du présent article pour les salariés entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des transports routiers et activités auxiliaires du transport.

Article D241-11

Le montant total des allègements obtenu par application de la réduction mentionnée à l'article L. 241-13 est dans tous les cas limité au montant des cotisations et des contributions mentionnées au I dudit article dues pour l'emploi du salarié au titre des gains et rémunérations versés au cours de l'année, majoré du facteur b de l'article D. 241-10.

Sous-section 5 : Hôtels, cafés, restaurants.

Sous-section 6 : Arbitres et juges sportifs.

Article D241-15

En application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 241-16, dès lors que les sommes versées aux arbitres et juges, à l'exception de celles ayant le caractère de remboursement de frais professionnels au sens du troisième alinéa de l'article L. 242-1, excèdent la limite prévue au premier alinéa de l'article L. 241-16, la fédération sportive ou la ligue professionnelle qu'elle a créée en application des dispositions

de l'article L. 132-1 du code du sport remplit les obligations relatives aux déclarations et versements des cotisations et contributions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 241-16 du présent code.

Article D241-16

Lorsque le montant total perçu par l'arbitre ou par le juge dépasse la limite prévue au premier alinéa de l'article L. 241-16, il doit sans délai en informer les fédérations ou la ligue professionnelle dont il relève, puis leur communiquer l'ensemble des sommes perçues ainsi que l'identité des organismes les ayant versées.

Article D241-17

Lorsque le dépassement est lié à des sommes qu'elle n'a pas versées, la fédération ou la ligue professionnelle qu'elle a créée peut répartir le montant des cotisations et contributions dues entre les différents organismes ayant versé ces sommes.

Elle informe alors les organismes du montant dû. Ceux-ci doivent lui verser les sommes correspondantes avant la date qu'elle fixe.

Dans le cas où ces organismes ne s'acquittent pas de leurs obligations avant la date d'exigibilité, la fédération ou la ligue professionnelle verse l'ensemble des cotisations et contributions dues. Elle peut ensuite engager une action en remboursement des sommes versées.

Article D241-18

Le versement des cotisations et contributions de sécurité sociale mentionné à l'article D. 241-15 intervient au cours du mois civil suivant le trimestre au cours duquel les rémunérations perçues au titre des missions arbitrales ont été versées et à la date d'échéance de paiement applicable à la fédération sportive ou à la ligue professionnelle.

Article D241-19

Les arbitres et juges doivent tenir à jour un document recensant l'ensemble des sommes perçues pour chaque événement au titre de leur mission arbitrale.

Ce document, établi pour une année civile, doit être conservé pendant trois ans et mis à disposition sur simple demande de la fédération ou de la ligue professionnelle qu'elle a créée afin qu'elle puisse s'assurer du non-dépassement de la limite définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 ou renseigner les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 243-7 ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article D241-20

La fédération sportive ou la ligue professionnelle qu'elle a créée tient à disposition des agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 243-7 et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale la liste des arbitres et juges licenciés. A leur demande, elle leur donne également accès aux informations mentionnées à l'article D. 241-19.

Sous-section 7 : Heures supplémentaires

Article D241-24

Le montant de la déduction forfaitaire des cotisations patronales prévue au I de l'article L. 241-18 est fixé à 1,50 €.

Pour bénéficier des dispositions de l'article L. 241-18, l'employeur doit s'assurer que le montant de la déduction forfaitaire des cotisations patronales et des autres aides entrant dans le champ du règlement communautaire mentionné au IV de l'article L. 241-18 n'excède pas, sur une période de trois exercices fiscaux dont l'exercice en cours, le plafond fixé par ledit règlement.

Article D241-25

Pour l'application du IV de l'article L. 241-18, l'employeur tient à disposition les informations prévues aux articles D. 212-18 à D. 212-24 du code du travail et aux articles R. 713-35 à R. 713-50 du code rural et de la pêche maritime.

Lorsque ces données ne sont pas immédiatement accessibles, l'employeur complète, au moins une fois par an pour chaque salarié, les informations fournies en application des articles susmentionnés par un récapitulatif hebdomadaire du nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires effectuées, ou du nombre d'heures de travail lorsque le décompte des heures supplémentaires n'est pas établi par semaine, indiquant le mois au cours duquel elles sont rémunérées et distinguant les heures supplémentaires et complémentaires en fonction du taux de majoration qui leur est applicable.

Lorsque en vertu du huitième alinéa de l'article L. 212-5 du code du travail, les heures supplémentaires résultent d'une durée collective hebdomadaire de travail supérieure à la durée légale et font l'objet d'une rémunération mensualisée, l'indication de cette durée collective suffit à satisfaire à l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent pour les seules heures supplémentaires concernées.

Sous-section 8 : Dispositions communes à plusieurs dispositifs.

Article D241-26

Pour l'application de l'article D. 241-24, l'effectif de l'entreprise est apprécié au 31 décembre, tous établissements confondus, en fonction de la moyenne, au cours de l'année civile, des effectifs déterminés chaque mois conformément aux dispositions des articles L. 1111-2, L. 1111-3 et L. 1251-54 du code du travail.

Cet effectif détermine, selon le cas, le montant de la déduction forfaitaire visée à l'article D. 241-24 applicable au titre des gains et rémunérations versés à compter du 1er janvier de l'année suivante et pour la durée de celle-ci.

Pour une entreprise créée en cours d'année, l'effectif est apprécié à la date de sa création. Au titre de l'année suivante, l'effectif de cette entreprise est apprécié dans les conditions définies aux deux alinéas précédents, en fonction de la moyenne des effectifs de chacun des mois d'existence de la première année.

Pour la détermination de la moyenne mentionnée aux premier et troisième alinéas, les mois au cours desquels aucun salarié n'est employé ne sont pas pris en compte.

Article D241-27

I. - Pour l'application de l'article L. 241-15 aux salariés dont la rémunération ne peut être déterminée au cours du mois en fonction d'un nombre d'heures de travail rémunérées, le nombre d'heures de travail pris en compte est réputé égal :

1. Pour les salariés dont la durée du travail est fixée par une convention individuelle de forfait annuel en jours, au produit de la durée légale du travail calculée sur le mois et du rapport entre ce forfait et deux cent dix-huit jours.

2. Pour les salariés dont la durée du travail est fixée par une convention individuelle de forfait annuel en heures, à cinquante-deux douzièmes de leur durée moyenne hebdomadaire de travail.

3. Pour les autres salariés, à l'application de la durée collective du travail applicable dans l'établissement ou la partie de l'établissement où est employé le salarié calculée sur le mois lorsque la rémunération versée au cours du mois est au moins égale au produit de cette durée collective par la valeur du salaire minimum de croissance. Si leur rémunération est inférieure à cette rémunération de référence d'une activité à temps plein, le nombre d'heures déterminé comme ci-dessus est réduit selon le rapport entre la rémunération versée et cette rémunération de référence.

II. - Dans les cas prévus au I, lorsque la période d'emploi rémunérée couvre une partie du mois civil, le nombre d'heures rémunérées au cours du mois est réputé égal au produit du nombre de jours calendaires compris dans la période par un trentième du nombre d'heures reconstitué conformément aux dispositions prévues au I.

Si le contrat de travail du salarié est suspendu avec maintien partiel de sa rémunération mensuelle brute, le nombre d'heures pris en compte au titre de ces périodes de suspension est égal au produit du nombre d'heures

rémunérées, le cas échéant reconstitué conformément aux dispositions du I, d'une part, et du pourcentage de la rémunération soumise à cotisations demeurant à la charge de l'employeur, d'autre part.

Pour l'application de ces dispositions, dans le cas des salariés mentionnés au 3 du I, la rémunération à comparer à la rémunération de référence d'une activité à temps plein est celle qu'aurait perçue le salarié s'il avait effectué son activité sur la totalité du mois civil.

III. - La durée collective calculée sur le mois mentionnée au présent article est égale à cinquante-deux douzièmes de la durée hebdomadaire ou de la durée moyenne hebdomadaire en cas de modulation de la durée hebdomadaire du travail en application des articles L. 212-8 du code du travail ou L. 713-14 du code rural et de la pêche maritime ou du V de l'article 8 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail ou en cas de réduction du temps de travail en application du II de l'article L. 212-9 du même code.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 2 : Assiette, taux et calcul des cotisations

Section 1 : Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés ou assimilés

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article D242-1

I.-Les contributions des employeurs au financement d'opérations de retraite mentionnées au septième alinéa de l'article L. 242-1 sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale propre à chaque assuré, pour une fraction n'excédant pas la plus élevée des deux valeurs suivantes :

- a) 5 % du montant du plafond de la sécurité sociale ;
- b) 5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1, déduction faite de la part des contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance soumise à cotisations de sécurité sociale, la rémunération ainsi calculée étant retenue jusqu'à concurrence de cinq fois le montant du plafond de la sécurité sociale.

Les contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance mentionnées au huitième alinéa de l'article L. 242-1 sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale propre à chaque assuré, pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du montant du plafond de la sécurité sociale et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale en application de l'article L. 242-1, déduction faite de la part des contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de retraite et de prévoyance soumise à cotisations de sécurité sociale, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 12 % du montant du plafond de la sécurité sociale.

II.-Les opérations de retraite mentionnées au septième alinéa de l'article L. 242-1 sont celles organisées par des contrats d'assurance souscrits par un ou plusieurs employeurs ou par tout groupe d'employeurs auprès d'entreprises relevant du code des assurances, d'institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du présent code ou d'organismes mutualistes relevant du livre II du code de la mutualité au profit d'une ou plusieurs catégories objectives de salariés. La contribution de l'employeur est fixée à un taux uniforme pour chacune de ces catégories.

Ces contrats ont pour objet l'acquisition et la jouissance de droits viagers personnels payables à l'assuré au plus tôt à compter de la date de liquidation de sa pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse

ou à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1 du présent code soit par l'acquisition d'une rente viagère différée, soit par la constitution d'une épargne qui sera obligatoirement convertie en rente viagère, soit dans le cadre d'une opération régie par l'article L. 441-1 du code des assurances, par l'article L. 932-24 du présent code ou par l'article L. 222-1 du code de la mutualité.

Ces contrats peuvent prévoir des garanties complémentaires en cas de décès de l'adhérent avant ou après la date de mise en service de la rente viagère, ainsi qu'en cas d'invalidité ou d'incapacité.

Les contrats relevant du présent article ne peuvent faire l'objet de rachats même partiels, sauf dans les cas prévus aux troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 132-23 du code des assurances et de l'article L. 223-22 du code de la mutualité.

Le contrat prévoit, au bénéfice du participant qui n'est plus tenu d'y adhérer, une faculté de transfert vers un autre contrat respectant les règles définies en application du septième alinéa de l'article L. 242-1 ou vers un plan d'épargne retraite populaire défini à l'article L. 144-2 du code des assurances. La notice d'information mentionnée aux articles L. 140-4 du code des assurances, L. 221-6 du code de la mutualité et L. 932-6 du présent code précise cette faculté et en détaille les modalités d'exercice.

Entrent également dans le champ des opérations de retraite mentionnées au septième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code les régimes de retraite à prestations définies, institués avant le 1er janvier 2005 et n'entrant pas dans le champ d'application de l'article L. 137-11 du présent code, à condition qu'ils n'acceptent plus de nouveaux adhérents à compter du 30 juin 2008.

III.-Les arrêtés interministériels prévus au troisième alinéa de l'article L. 242-1 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'agriculture et par le ministre chargé du budget.

Article D242-2

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 242-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D242-2-1

Le montant de la fraction de la gratification, mentionnée à l'article L. 242-4-1, qui n'est pas considérée comme une rémunération au sens de l'article L. 242-1, est égal au produit de 15 % du plafond horaire défini en application de l'article L. 241-3 et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré.

Ce montant est apprécié au moment de la signature de la convention de stage compte tenu de la gratification, des avantages en nature et en espèces et du temps de présence mensuel prévu au cours du stage.

Article D242-2-2

La personne tierce mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 242-1-4 transmet à l'employeur une copie du document adressé au salarié indiquant le montant des sommes et avantages qui lui ont été alloués ainsi que celui des cotisations et contributions acquittées sur ceux-ci.

Cette transmission est effectuée au plus tard, au choix de la personne tierce, le premier jour du mois qui suit l'allocation des sommes et avantages ou le 30 juin de l'année civile qui suit celle de cette allocation.

Sous-section 2 : Dispositions propres à chaque branche

Paragraphe 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

Article D242-3

Le taux de la cotisation des assurances sociales affectée aux risques maladie, maternité, invalidité et décès est fixé à 13,59 %, soit 12,84 % à la charge de l'employeur et 0,75 % à la charge du salarié ou assimilé, sur la totalité des rémunérations ou gains de l'intéressé.

Toutefois, pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9, le taux de la cotisation est fixé à 18,34 %, soit 12,84 % à la charge de l'employeur et 5,50 % à la charge du salarié ou assimilé.

Paragraphe 2 : Assurance vieillesse.

Article D242-4

Le taux de la cotisation des assurances vieillesse et veuvage est fixé comme indiqué dans le tableau suivant :

RÉMUNÉRATIONS VERSÉES	SUR LA PART de la rémunération dans la limite du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3		SUR LA TOTALITÉ de la rémunération	
	Employeur	Salarié	Employeur	Salarié
Du 1er janvier au 31 décembre 2015	8,50 %	6,85 %	1,80 %	0,30 %
Du 1er janvier au 31 décembre 2016	8,55 %	6,90 %	1,85 %	0,35 %
A compter du 1er janvier 2017	8,55 %	6,90 %	1,90 %	0,40 %

Paragraphe 4 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D242-6

Le décret mentionné aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 242-5 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

L'arrêté prévu au dernier alinéa de l'article L. 242-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget.

Article D242-6-1

Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé par établissement.

Toutefois, l'entreprise qui relève d'une tarification individuelle ou mixte en application de l'article D. 242-6-2 peut demander, selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à bénéficier d'un taux unique pour l'ensemble de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque. Cette option de calcul est définitive pour la catégorie de risque concernée.

Le classement d'un établissement dans une catégorie de risque est effectué en fonction de l'activité exercée selon une nomenclature des risques et des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D242-6-2

Le mode de tarification est déterminé en fonction de l'effectif global de l'entreprise, tel que défini à l'article D. 242-6-16, que celle-ci comporte un ou plusieurs établissements :

- 1° La tarification collective est applicable aux entreprises dont l'effectif global est de moins de 20 salariés ;
- 2° La tarification individuelle est applicable aux entreprises dont l'effectif global est au moins égal à 150 salariés ;
- 3° La tarification mixte est applicable aux entreprises dont l'effectif global est compris entre 20 et 149 salariés.

Article D242-6-3

Le taux net de cotisation est constitué par le taux brut affecté de quatre majorations, dans les conditions prévues par les articles D. 242-6-2 et D. 242-6-4 à D. 242-6-9.

Article D242-6-4

Le taux brut collectif est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque ou à un même groupe de risques, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues. Il est calculé par risque ou groupe de risques définis selon des modalités déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le taux brut individuel est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'établissement, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues.

Toutefois, lorsque l'entreprise bénéficie d'un taux unique prévu à l'article D. 242-6-1, le taux brut individuel est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'ensemble de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues.

L'ensemble des dépenses constituant la valeur du risque est pris en compte par les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 dès que ces dépenses leur ont été communiquées par les caisses primaires, sans préjudice de l'application des décisions de justice ultérieures.

Seules sont prises en compte dans la valeur du risque les dépenses liées aux accidents et aux maladies dont le caractère professionnel a été reconnu.

Ne sont pas compris dans la valeur du risque les dépenses liées aux accidents de trajet mentionnés à l'article L. 411-2 et aux actes de terrorisme au sens de l'article L. 169-1, ainsi que les frais de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 431-1.

Article D242-6-5

La valeur du risque mentionnée à l'article D. 242-6-4 pour le calcul du taux brut collectif comprend :

1° La totalité des prestations et indemnités, autres que les rentes, versées au cours de la période triennale de référence ; les indemnités en capital sont affectées d'un coefficient fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ; sont exclues les indemnités en capital versées après révision ou rechute ;

2° Les capitaux représentatifs des rentes notifiées au cours de la période triennale de référence aux victimes atteintes, à la date de consolidation initiale de leur état de santé, d'une incapacité permanente afférente à l'accident ou à la maladie concernés, à l'exception de l'incapacité permanente reconnue après révision ou rechute ;

3° Les capitaux correspondant aux accidents et maladies mortels dont le caractère professionnel a été reconnu au cours de la même période, que la victime ait ou non laissé des ayants droit.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les bases d'évaluation forfaitaire des capitaux mentionnés aux 2° et 3°.

Les dépenses engagées par les caisses d'assurance maladie par suite de la prise en charge de maladies professionnelles constatées ou contractées dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ne sont pas comprises dans la valeur du risque mais sont inscrites à un compte spécial.

Lorsque des recours sont engagés contre les tiers responsables d'accidents du travail, le montant des prestations et indemnités afférentes à ces accidents du travail est déduit de la valeur du risque au prorata du pourcentage de responsabilité mis à la charge du tiers responsable par voie amiable ou contentieuse.

Article D242-6-6

La valeur du risque telle que mentionnée à l'article D. 242-6-4 pour le calcul du taux brut individuel comprend la somme des termes suivants :

1° Le produit du nombre total d'accidents du travail ou de maladies professionnelles déclarés pendant la période triennale de référence ayant donné lieu à des soins ou ayant entraîné un arrêt de travail par le coût moyen de la catégorie dans laquelle est rattaché chaque accident ou chaque maladie ;

2° Le produit du nombre total d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant, pendant la période triennale de référence, soit entraîné le décès de la victime, soit donné lieu à la notification d'un taux d'incapacité permanente par le coût moyen de la catégorie dans laquelle est rattaché chaque accident ou chaque maladie.

Les accidents du travail et maladies professionnelles sont classés en six catégories d'incapacité temporaire et en quatre catégories d'incapacité permanente pour lesquelles sont calculés des coûts moyens.

Les six catégories d'incapacité temporaire sont définies en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail prescrits :

- sans arrêt de travail ou arrêt de travail de moins de 4 jours ;
- arrêts de travail de 4 jours à 15 jours ;
- arrêts de travail de 16 jours à 45 jours ;
- arrêts de travail de 46 jours à 90 jours ;
- arrêts de travail de 91 jours à 150 jours ;
- arrêts de travail de plus de 150 jours.

Les quatre catégories d'incapacité permanente sont définies en fonction du taux d'incapacité :

- incapacité permanente de moins de 10 % ;
- incapacité permanente de 10 % à 19 % ;
- incapacité permanente de 20 % à 39 % ;
- incapacité permanente de 40 % et plus ou décès de la victime.

Pour les entreprises de bâtiment et de travaux publics, les catégories d'incapacité permanente de 10 % à 100 % et celles concernant les décès sont les suivantes :

- incapacité permanente ou décès pour les activités de gros œuvre ;
- incapacité permanente ou décès pour les activités de second œuvre ;
- incapacité permanente ou décès pour les activités de bureaux.

Article D242-6-7

L'accident du travail ou la maladie professionnelle ayant donné lieu à une incapacité temporaire est classé de manière définitive dans une des catégories définies à l'article D. 242-6-6, le 31 décembre de l'année qui suit celle de sa déclaration, sans prise en compte de l'incapacité temporaire reconnue après rechute.

L'accident du travail ou la maladie professionnelle ayant donné lieu à une incapacité permanente est classé de manière définitive dans une des catégories définies à l'article D. 242-6-6 lors de la première notification du taux d'incapacité permanente ou en cas de décès lors de la reconnaissance de son caractère professionnel, sans prise en compte de l'incapacité permanente reconnue après révision ou rechute ou du décès survenu après consolidation.

L'accident du travail ou la maladie professionnelle donnant lieu à une incapacité temporaire puis à une incapacité permanente est classé dans les catégories d'incapacité temporaire et d'incapacité permanente correspondantes.

Les maladies professionnelles constatées ou contractées dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ne sont pas imputées au compte de l'employeur mais sont inscrites à un compte spécial.

L'accident du travail résultant d'une agression perpétrée au moyen d'armes ou d'explosifs n'est pas imputé au compte de l'employeur lorsque celle-ci est attribuable à un tiers qui n'a pu être identifié.

Lorsque des recours sont engagés contre les tiers responsables d'accidents du travail, les montants des coûts moyens correspondant aux catégories dans lesquelles sont classées ces accidents sont proratisés selon le pourcentage de responsabilité mis à la charge du tiers responsable par voie amiable ou contentieuse.

Article D242-6-8

Les coûts moyens de chacune des catégories d'accident du travail ou de maladie professionnelle mentionnées à l'article D. 242-6-6 sont déterminés, pour chaque comité technique national mentionné à l'article L. 422-1, sur la base des résultats statistiques des trois dernières années connues de la valeur du risque définie à l'article D. 242-6-5, à laquelle est ajouté le montant des prestations et indemnités afférentes aux accidents du travail pour lesquels ont été engagés des recours contre les tiers responsables.

Un ajustement des coûts moyens pour certains risques ou groupe de risques peut être déterminé pour tenir compte des spécificités substantielles et manifestes de certains secteurs liées à la proportion des salariés à temps partiel et à leur durée de travail. Les mesures d'ajustement sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les coûts moyens sont fixés chaque année par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles après avis des comités techniques nationaux mentionnés au premier alinéa.

La délibération de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixant les coûts moyens est adressée au plus tard le 30 novembre au ministre chargé de la sécurité sociale qui les établit par arrêté.

Article D242-6-9

Les quatre majorations mentionnées à l'article D. 242-6-3 sont déterminées de la façon suivante :

1° Une majoration forfaitaire correspondant à la couverture des accidents du trajet est fixée en pourcentage des salaires ;

2° Une majoration couvrant les frais de rééducation professionnelle, les charges de gestion du fonds national des accidents du travail, les dépenses liées aux prélèvements au profit des fonds visés à l'article R. 252-5,50 % du montant du versement annuel mentionné à l'article L. 176-1, est calculée en pourcentage du taux brut augmenté de la majoration visée au 1° ci-dessus ;

3° Une majoration couvrant les dépenses correspondant aux compensations inter-régimes visées aux articles L. 134-7 et L. 134-15, les dépenses du fonds commun des accidents du travail visé à l'article L. 437-1, le montant des contributions de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante mentionné à l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante mentionné à l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, la valeur du risque constituée par les dépenses inscrites au compte spécial visé à l'article D. 242-6-5 et 50 % du montant du versement annuel mentionné à l'article L. 176-1, et les dépenses liées aux actes de terrorisme au sens de l'article L. 169-1, est fixée en pourcentage des salaires.

4° Une majoration correspondant au montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 est fixée en pourcentage des salaires.

Article D242-6-10

La délibération de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixant les majorations mentionnées à l'article D. 242-6-9 conformément aux dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 242-5 est approuvée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget et publiée au Journal officiel de la République française.

L'arrêté prévu au sixième alinéa de l'article L. 242-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article D242-6-11

Les taux nets collectifs sont calculés suivant les règles prévues aux articles D. 242-6-1 à D. 242-6-5 et D. 242-6-9, en fonction des résultats statistiques des trois dernières années connues.

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles fixe chaque année, après avis des comités techniques nationaux compétents, les taux bruts qu'elle adresse au plus tard le 30 novembre au ministre chargé de la sécurité sociale. Celui-ci établit, par arrêté, les taux nets en fonction de ces taux bruts et des majorations telles qu'approuvées ou fixées en application de l'article D. 242-6-10.

Ces tarifs entrent en vigueur à partir du premier jour du trimestre civil suivant leur publication au Journal officiel de la République française. En cas de publication après le 31 décembre, ce sont les taux nets antérieurs qui s'appliquent jusqu'à la publication des nouveaux taux nets.

En ce qui concerne les assurés souscrivant une assurance volontaire individuelle visée à l'article L. 743-1, le taux applicable est le taux collectif défini au premier alinéa du présent article fixé pour l'activité professionnelle dudit assuré, diminué d'un pourcentage forfaitaire fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en tenant compte des résultats statistiques.

Article D242-6-12

Les taux nets individuels de cotisation sont déterminés par les caisses mentionnées à l'article L. 215-1, suivant les règles fixées aux articles D. 242-6-1 à D. 242-6-4 et D. 242-6-6 à D. 242-6-9.

Article D242-6-13

Les taux nets mixtes de cotisation sont déterminés par les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 par l'addition des deux éléments suivants :

1° Une fraction du taux net collectif fixé pour l'activité professionnelle dont relève l'établissement ou l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque ;

2° Une fraction du taux net individuel qui serait attribué à l'établissement ou à l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque si ce taux leur était applicable.

Les fractions de taux varient en fonction du nombre de salariés de l'entreprise dans les proportions fixées par le tableau ci-après :

NOMBRE DE SALARIÉS de l'entreprise (1)	FRACTION du taux individuel (2)	FRACTION du taux collectif (2)
20 à 149	E-19 131	E-19 1- 131
(1) L'entreprise peut comporter un ou plusieurs établissements. (2) E représente l'effectif de l'entreprise déterminé conformément aux dispositions de l'arrêté prévu à l'article D. 242-6-16.		

Article D242-6-14

I. - Les établissements exerçant une activité dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale conservent un taux de cotisation collectif quel que soit leur effectif de salariés ou celui de l'entreprise dont ils relèvent.

II. - Les travailleurs à domicile des entreprises constituent des établissements distincts auxquels sont applicables les taux collectifs.

Article D242-6-15

Pour les établissements qui cotisent sur la base d'un taux mixte ou d'un taux individuel, le taux net notifié ne peut varier d'une année sur l'autre :

1° Soit en augmentation de plus de 25 % si le taux net notifié de l'année précédente est supérieur à 4, ou de plus d'un point si le taux net notifié de l'année précédente est inférieur ou égal à 4 ;

2° Soit en diminution de plus de 20 % si le taux net notifié de l'année précédente est supérieur à 4, ou de plus de 0,8 point si le taux net notifié de l'année précédente est inférieur ou égal à 4.

Dans le cas où l'entreprise opte pour l'application d'un taux unique ou en cas de regroupement de catégories de risque, ces variations s'apprécient la première année par rapport à un taux net unique correspondant à la moyenne des taux nets notifiés de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque de l'année précédente pondérée par la masse salariale de la dernière année connue des mêmes établissements.

Article D242-6-16

Le nombre de salariés d'un établissement est déterminé par année civile selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le nombre de salariés d'une entreprise qui exploite plusieurs établissements est égal à la somme du nombre de salariés de chaque établissement, à l'exception des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Toutefois ne doivent pas être pris en compte pour déterminer les effectifs d'un établissement ou d'une entreprise :

- 1° Les élèves et étudiants visés à l'article D. 242-6-23 ;
- 2° Les artistes du spectacle et mannequins visés à l'article L. 311-3 (15°) ;
- 3° Les salariés dont les activités relèvent du bâtiment et des travaux publics ;
- 4° Les dockers visés à l'article D. 242-6-20.

Article D242-6-17

Les taux nets collectifs sont applicables aux établissements nouvellement créés durant l'année de leur création et les deux années civiles suivantes, quel que soit leur effectif ou celui de l'entreprise dont ils relèvent. Toutefois, le taux unique est applicable pour les établissements nouvellement créés appartenant à la même catégorie de risque que ceux des entreprises bénéficiant d'un taux unique.

A l'expiration de ce délai, les taux nets collectif, mixte ou individuel sont applicables à ces établissements en fonction de leur effectif ou de l'effectif de l'entreprise dont ils relèvent. Pour les taux individuel ou mixte, il est tenu compte des résultats propres à ces établissements et afférents aux années civiles, complètes ou non, écoulées depuis leur création.

Ne peut être considéré comme un établissement nouvellement créé celui issu d'un précédent établissement dans lequel a été exercée une activité similaire, avec les mêmes moyens de production et ayant repris au moins la moitié du personnel.

Article D242-6-18

Pour le calcul des taux nets de cotisation dus au titre des agents statutaires des industries électriques et gazières, les majorations visées aux 1° et 3° de l'article D. 242-6-9 sont prises en compte pour le quart de leur valeur.

Article D242-6-19

Pour les établissements ou groupes d'établissements qui ont été autorisés à assumer la charge partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, en application de l'article L. 413-13, les taux nets de la cotisation due par les employeurs sont calculés selon les dispositions des articles D. 242-6-2 à D. 242-6-4 et D. 242-6-6 à D. 242-6-9, sous les réserves ci-après :

1° Il n'est tenu compte, pour le calcul de la valeur du risque, que des coûts moyens des catégories relevant de l'incapacité permanente définies à l'article D. 242-6-6 ;

2° La majoration prévue au 1° de l'article D. 242-6-9 est diminuée de 30 %.

Article D242-6-20

Pour les dockers maritimes intermittents soumis au régime de la vignette, les taux nets notifiés de cotisation notifiés ne peuvent dépasser une limite fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D242-6-22

Les caisses mentionnées à l'article L. 215-1 notifient à chaque employeur, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le classement des risques et le ou les taux de cotisation afférents aux établissements permanents situés dans leur circonscription territoriale, quel que soit le lieu du siège de l'entreprise dont relèvent ces établissements.

Toutefois, le taux de cotisation mixte ou réel applicable à chaque établissement distinct d'une entreprise du bâtiment et des travaux publics est déterminé et notifié par la caisse d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve le siège social ou le principal siège ou, à défaut, le principal chantier sis en France, hors des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Le taux de cotisation unique applicable à l'ensemble des établissements appartenant à la même catégorie de risque de la même entreprise est également déterminé et notifié par la caisse dans la circonscription de laquelle se trouve le siège social ou, à défaut, le principal établissement sis en France, hors des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Tant que cette notification n'a pas été effectuée, l'employeur doit verser, à titre provisionnel, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sur la base du taux antérieurement applicable.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables en ce qui concerne certaines catégories de travailleurs énumérées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pour lesquelles le taux collectif de cotisation publié est directement applicable à l'employeur.

Article D242-6-23

Par dérogation aux dispositions de l'article D. 242-6-9, le calcul des taux nets de cotisation applicables aux élèves et étudiants visés aux articles D. 412-2 à D. 412-6 est effectué en n'incorporant que la majoration mentionnée au 2° de l'article D. 242-6-9 au taux brut déterminé suivant les dispositions des articles D. 242-6-4 et D. 242-6-5.

Le taux de cotisation collectif à la charge de l'établissement est fixé par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, après avis du Comité technique national des activités de services I, pour une année civile au titre de l'année scolaire ou universitaire commencée en septembre de l'année précédente.

Elle est versée en totalité dans les quinze derniers jours du mois de mars de chaque année à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dont relève soit l'établissement d'enseignement, soit le rectorat pour les établissements publics. Le versement est obligatoirement accompagné d'un bordereau daté et signé faisant apparaître, notamment, le montant unitaire de la cotisation, le nombre d'élèves et étudiants assurés et le montant total du versement.

Paragraphe 5 : Prestations familiales

Section 2 : Cotisations assises sur les avantages de vieillesse

Sous-section 1 : Taux.

Article D242-8

Le taux de la cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès assise sur les avantages de retraite mentionnés à l'article L. 241-2, autres que ceux servis par les organismes du régime général de sécurité sociale des salariés, est fixé à 1 % pour les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article L. 136-1.

Toutefois, pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 :

1° Le taux de la cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès assise sur les avantages de retraite servis par les organismes du régime général de sécurité sociale des salariés est fixé à 3,2 % ;

2° Le taux de la cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès assise sur les avantages de retraite mentionnés à l'article L. 241-2, autres que ceux servis par les organismes du régime général de sécurité sociale des salariés, est fixé à 4,2 %.

En application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 131-9, aucune cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès n'est due au titre des avantages de retraite servis par les organismes du régime général de sécurité sociale des salariés.

Sous-section 2 : Exonération.

Article D242-9

Bénéficiaire de l'exonération prévue à l'article L. 242-12 pour la période allant du 1er janvier au 31 décembre d'une année, en ce qui concerne les avantages de retraite mentionnés à l'article L. 241-2 qu'elles perçoivent :

1° Les personnes dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, sont inférieurs aux seuils mentionnés au 2° du III de l'article L. 136-8 du présent code ;

2° Les personnes qui ont perçu, au cours de l'année civile antérieure au début de la période de douze mois définie ci-dessus, l'un des avantages de retraite ci-après :

a) L'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

b) L'allocation de solidarité aux personnes âgées prévue à l'article L. 815-1.

Le bénéfice de cette exonération est étendu aux personnes qui perçoivent l'un des avantages énumérés au 2°, dès qu'elles sont titulaires de cet avantage.

Article D242-10

Les dispositions de l'article D. 242-9 s'appliquent aux personnes domiciliées en France métropolitaine ou dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Les personnes n'ayant pas leur domicile en France métropolitaine ou dans un département mentionné à l'article L. 751-1 ne bénéficient de l'exonération que si elles ont perçu ou perçoivent l'un des avantages de retraite mentionnés au 2° du premier alinéa de l'article D. 242-9 dans les conditions prévues audit article.

Article D242-11

En vue de bénéficier de l'exonération de cotisation mentionnée au 1° de l'article D. 242-9 et lorsque l'organisme débiteur mentionné au premier alinéa de l'article D. 242-8 n'a pas informé les pensionnés qu'il dispose des revenus lui permettant d'apprécier leur situation au regard de cette exonération, les pensionnés font connaître à l'organisme débiteur qu'ils remplissent les conditions prévues à l'article D. 242-9, en lui adressant un avis d'imposition de l'avant-dernière année civile.

Le débiteur de l'avantage de retraite, soit de sa propre initiative, soit sur réquisition de l'organisme chargé du recouvrement, procède à toutes enquêtes ou recherches nécessaires et demande tous éclaircissements qu'il juge utiles. Les résultats de ces investigations sont communiqués aux institutions intéressées.

Section 3 : Cotisations assises sur les rémunérations des salariés à temps partiel

Section 4 : Cotisations assises sur les revenus de remplacement

Sous-section 1 : Taux.

Article D242-12

Le taux de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 est fixé à 1,70 %.

Toutefois, pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1 :

1° Le taux de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 est fixé à 4,9 % ;

2° Les bénéficiaires des autres avantages mentionnés au premier alinéa du même article sont redevables d'une cotisation au taux de 2,80 %.

Sous-section 2 : Exonération.

Article D242-13

Bénéficiaire de l'exonération prévue à l'article L. 242-12 :

1°) les personnes totalement privées d'emploi qui perçoivent soit l'un des avantages mentionnés à l'article D. 242-12, versés par les institutions prévues au livre III, titre V, chapitre 1er, section V du code du travail, soit le revenu d'activité maintenu aux titulaires de l'indemnité de formation, lorsque le montant journalier de ces avantages n'excède pas le septième du produit de la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur à la date du paiement, par le nombre d'heures correspondant à la durée légale hebdomadaire du travail ;

2°) les personnes totalement privées d'emploi qui perçoivent les avantages mentionnés à l'article D. 242-12, versés par l'employeur, lorsque le montant mensuel de ces avantages n'excède pas le douzième du produit de la valeur horaire du salaire minimum de croissance en vigueur à la date du paiement, par le nombre d'heures correspondant à cinquante-deux fois la durée légale hebdomadaire du travail ;

3°) les personnes partiellement privées d'emploi, lorsque le montant cumulé de leur rémunération d'activité et des avantages mentionnés à l'article D. 242-12 n'excède pas la valeur déterminée, selon le cas, au 1° ou 2° du présent alinéa.

Les montants maximum des rémunérations et avantages déterminés en application des dispositions du présent article sont arrondis à l'euro supérieur.

Article D242-14

La cotisation prélevée sur l'avantage indemnisant la cessation d'activité est réduite, le cas échéant, de telle sorte que soit assuré au bénéficiaire de cet avantage, un montant minimal de prestations correspondant au seuil d'exonération déterminé comme il est dit à l'article D. 242-13 ci-dessus.

En cas de cessation partielle d'activité, il doit être tenu compte, pour déterminer si le seuil d'exonération est atteint, du total constitué par l'avantage net indemnisant cette cessation et la rémunération nette d'activité.

Article D242-15

Pour l'application aux ouvriers dockers professionnels des dispositions de l'article D. 242-13 ci-dessus, la caisse des congés payés du port peut, en tant que de besoin, demander au bureau central de la main-d'oeuvre du port communication du montant des rémunérations et indemnités versées par lui aux intéressés.

Section 5 : Cotisations des travailleurs indépendants

Article D242-15-1

I.-En application du deuxième alinéa de l'article L. 242-11, le taux des cotisations d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles est égal :

1° A 2,15 % lorsque le montant annuel du revenu d'activité est inférieur ou égal à 110 % de la valeur du plafond de la sécurité sociale ;

2° A un taux croissant compris entre le taux fixé au 1° du présent article et le taux fixé à l'article D. 241-3-1, déterminé par application de la formule suivante, lorsque le montant annuel du revenu d'activité est compris entre le seuil mentionné au 1° du présent article et un seuil égal à 140 % de la valeur du plafond de la sécurité sociale :

$$\text{Taux} = [(T2 - T1) / (0,3 \times \text{PSS})] \times (r - 1,1 \times \text{PSS}) + T1$$

où :

-T1 est égal au taux de cotisation fixé au 1° du présent article ;

-T2 est égal au taux de cotisation fixé à l'article D. 241-3-1 ;

-PSS est la valeur du plafond de la sécurité sociale ;

-r est le revenu d'activité, tel que défini à l'article L. 131-6.

II.-La valeur du plafond de la sécurité sociale mentionnée au I est déterminée conformément à l'article D. 612-6.

Section 6 : Dispositions communes

Section 7 : Procédure de fixation du plafond des cotisations.

Article D242-16

En dehors du cas de sa revalorisation annuelle dans les conditions prévues par les dispositions des articles D. 242-17 à D. 242-19, le montant maximum des rémunérations ou gains à prendre en compte pour la fixation du montant des cotisations d'assurance vieillesse est fixé par décret pris après avis des organisations signataires de la convention collective nationale du 14 mars 1947.

Article D242-17

La valeur mensuelle du plafond est fixée, pour chaque année civile, à partir du plafond applicable au cours de l'année antérieure, ci-après dénommée année de référence. Elle tient compte de l'évolution moyenne estimée des salaires de cette année de référence prévue par le dernier rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la nation annexé au projet de loi de finances.

Le cas échéant, le plafond applicable au cours de l'année civile suivante tient compte de la nouvelle estimation de l'évolution moyenne des salaires de l'année de référence figurant dans le dernier rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la nation annexé au projet de loi de finances.

La valeur journalière du plafond est égale à la valeur mensuelle multipliée par 12 et divisée par le nombre de jours travaillés dans l'année fixé à l'article L. 3121-44 du code du travail.

Article D242-18

Les valeurs mensuelles et journalières du plafond fixées par l'arrêté pris pour l'application de l'article L. 241-3 sont arrondies à l'euro le plus proche.

Article D242-19

Pour les dispositions législatives et réglementaires faisant référence à une valeur du plafond différente de celles mentionnées à l'article D. 242-17, le montant du plafond est déterminé à partir de la valeur mensuelle mentionnée au même article dans les conditions suivantes :

- la valeur horaire est égale à la valeur mensuelle multipliée par 12 et divisée par le nombre d'heures annuelles de travail fixé au 1° de l'article L. 3122-4 du code du travail ;

- la valeur hebdomadaire est égale à la valeur mensuelle multipliée par 12 et divisée par 52 ;
- la valeur par quinzaine est égale à la valeur mensuelle divisée par 2 ;
- la valeur trimestrielle est égale à la valeur mensuelle multipliée par 3 ;
- la valeur annuelle est égale à la valeur mensuelle multipliée par 12.

Dans tous les cas, la valeur obtenue est arrondie à l'euro le plus proche.

Section 8 : Dispositions propres aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article D242-20

Les taux des cotisations fixés par les articles D. 242-3 à D. 242-5 et D. 241-3-1 sont applicables aux rémunérations ou gains versés aux salariés ou assimilés des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article D242-21

La cotisation d'assurance maladie prévue par le deuxième alinéa de l'article L. 242-13 est précomptée sur :

- les avantages de retraite mentionnés au 1° de l'article L. 241-2 ;
- les avantages de retraite des bénéficiaires du régime local d'assurance maladie mentionnés à l'article D. 711-6 donnant lieu à cotisation d'assurance maladie en application de l'article L. 711-2 (2°).

Article D242-21-1

La part de la cotisation due au titre d'un ou plusieurs avantages de vieillesse servis au titre de la législation d'un ou plusieurs autres Etats est prélevée mensuellement sur le montant de la pension acquise au titre du régime général. Son montant est calculé sur la base du montant mensuel moyen des avantages d'origine étrangère perçus au cours de l'année civile précédente.

Lorsque la cotisation excède la pension acquise au titre du régime général, l'intéressé effectue directement à la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle un versement complémentaire de la part correspondant à la partie restant due de ladite cotisation.

Si le versement de la cotisation ou le versement complémentaire ne sont pas effectués dans un délai de deux mois à compter de la demande émise par la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle, le droit aux prestations du régime local est suspendu. Ce droit peut être rétabli dès la mise à jour de la situation de l'ancien bénéficiaire affilié au régime ; il est alors procédé à une récupération des cotisations non honorées sur l'ensemble de la période.

Article D242-21-2

Lorsque la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle ne dispose pas des informations permettant de déterminer l'assiette de la cotisation prévue au 2° du I de l'article L. 242-13 s'agissant des avantages de retraite servis au titre de la législation d'un ou plusieurs autres Etats, l'assuré produit, à la demande de la caisse, une déclaration des avantages et pensions de retraite perçus à l'étranger et la lui adresse en vue de réaliser le prélèvement de la cotisation.

La déclaration annuelle des avantages et pensions perçus par les retraités au titre d'un ou plusieurs autres Etats et éventuellement les pièces justificatives à l'appui de cette déclaration devront être produites avant le 1er avril de l'année qui suit celle au titre de laquelle ces avantages ont été perçus. L'organisme qui précompte ou prélève les cotisations procède à tout type de contrôle nécessaire à la détermination de l'assiette.

En l'absence de déclaration dans les délais, les cotisations pour l'année en cours sont calculées sur la base qui a servi au calcul des cotisations prélevées l'année précédente. Les prestations continuent d'être versées jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la déclaration doit être faite. Au-delà de ce délai, si aucune déclaration n'a été transmise, le droit aux prestations du régime local est suspendu. Ce droit peut être rétabli dès la mise à jour de la situation de l'ancien bénéficiaire affilié au régime ; il est alors procédé à une récupération des cotisations non honorées, sur l'ensemble de la période.

S'il est établi que la déclaration prévue au présent article a fait l'objet d'une falsification, le droit aux prestations du régime local est immédiatement suspendu.

Article D242-22

La caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle prélève ou précompte les cotisations d'assurance maladie au titre du régime local d'assurance maladie sur les prestations vieillesse. Elle vire au compte de l'instance de gestion du régime local le montant des cotisations prélevées.

Article D242-23

Les cotisations prévues par le deuxième alinéa de l'article L. 242-13 assises sur les avantages de retraite servis par l'employeur sont versées à l'organisme de recouvrement dont relève ce dernier, conformément aux dispositions des articles R. 242-5, R. 243-6 à R. 243-8, R. 243-13, R. 243-15, R. 243-16, R. 243-18 et R. 243-19. Pour l'application de ces articles, les avantages de retraite sont assimilés à des rémunérations.

Article D242-24

Les cotisations prévues par le deuxième alinéa de l'article L. 242-13 dues sur les avantages de retraite servis pendant un mois civil par des organismes autres que ceux du régime général au titre d'une activité professionnelle relevant du régime général sont versées dans les quinze premiers jours du mois suivant à l'organisme chargé du recouvrement dont relève le débiteur de l'avantage de retraite. Sont applicables au recouvrement de ces cotisations les articles R. 243-30 à R. 243-34.

Article D242-25

Les cotisations prévues par le deuxième alinéa de l'article L. 242-13, dues par les bénéficiaires du régime local d'assurance maladie mentionnés à l'article D. 711-6, sont recouvrées selon les règles applicables aux cotisations d'assurance maladie dues par les intéressés au régime général en application de l'article L. 711-2 (2°).

Article D242-26

Le produit des cotisations mentionnées aux articles D. 242-23 à D. 242-25 est centralisé par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale qui en vire le montant au compte de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle.

Article D242-27

Le livre Ier du code de la sécurité sociale et les articles R. 243-35, R. 244-4, R. 244-5, et R. 244-6 sont applicables aux cotisations prévues par le deuxième alinéa de l'article L. 242-13.

Article D242-29

Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est fixé par établissement.

Toutefois, l'entreprise qui relève d'une tarification individuelle ou mixte en application de l'article D. 242-30 bénéficie d'un taux unique pour l'ensemble de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle quel que soit le lieu du siège social de l'entreprise.

Le classement d'un établissement dans une catégorie de risque est effectué en fonction de l'activité exercée selon une nomenclature des risques et des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D242-30

Le mode de tarification est déterminé en fonction de l'effectif global de l'entreprise, défini à l'article D. 242-39, que celle-ci comporte un ou plusieurs établissements :

- 1° La tarification collective est applicable aux entreprises dont l'effectif global est inférieur à 50 salariés ;
- 2° La tarification individuelle est applicable aux entreprises dont l'effectif global est au moins égal à 150 salariés. Toutefois, pour les entreprises de bâtiment et de travaux publics, cet effectif est au moins égal à 300 salariés ;
- 3° La tarification mixte est applicable aux entreprises dont l'effectif global est compris entre 50 et 149 salariés. Toutefois, pour les entreprises de bâtiment et de travaux publics, cet effectif est compris entre 50 et 299 salariés.

Article D242-31

Le taux net de cotisation est constitué par le taux brut affecté des majorations définies à l'article D. 242-6-9 dans les conditions prévues aux articles D. 242-30 et D. 242-32 à D. 242-34.

Article D242-32

Le taux brut collectif est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'ensemble des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle appartenant à une même catégorie de risque ou à un même groupe de risques, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues. Il est fixé chaque année par risque ou groupe de risque par la caisse mentionnée à l'article L. 215-3 après avis des comités techniques régionaux compétents.

Le taux brut individuel est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'établissement, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues.

Pour l'entreprise qui bénéficie d'un taux unique prévu à l'article D. 242-29, le taux brut individuel est calculé d'après le rapport de la valeur du risque propre à l'ensemble de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque, à la masse totale des salaires payés au personnel respectif, pour les trois dernières années connues.

Seules sont prises en compte dans la valeur du risque les dépenses liées aux accidents et aux maladies dont le caractère professionnel a été reconnu.

L'ensemble des dépenses constituant la valeur du risque est pris en compte par la caisse susvisée dès que ces dépenses lui ont été communiquées par les caisses primaires, sans préjudice de l'application des décisions de justice ultérieures.

Ne sont pas compris dans la valeur du risque les dépenses liées aux accidents de trajet mentionnés à l'article L. 411-2 et les frais de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 431-1.

Article D242-33

La valeur du risque mentionnée à l'article D. 242-32 pour le calcul du taux brut collectif est déterminée suivant les mêmes règles que celles définies à l'article D. 242-6-5.

Article D242-34

La valeur du risque mentionnée à l'article D. 242-32 pour le calcul du taux brut individuel est déterminée en application des articles D. 242-6-6 à D. 242-6-8.

Toutefois, par dérogation au dernier alinéa de l'article D. 242-6-6, pour les entreprises de bâtiment et de travaux publics, les accidents du travail et les maladies professionnelles sont classés dans les catégories d'incapacité permanente suivantes :

- incapacité permanente de moins de 10 % ;
- incapacité de 10 % à 19 % ;
- incapacité permanente de 20 % à 39 % ;
- incapacité permanente de 40 % et plus ou décès de la victime.

Article D242-35

Les taux nets collectifs sont calculés suivant les règles fixées aux articles D. 242-29 à D. 242-33.

Le ministre chargé de la sécurité sociale établit, par arrêté, les taux nets en fonction des taux bruts fixés en application de l'article D. 242-32 et des majorations telles qu'approuvées ou fixées en application de l'article D. 242-6-10.

Ces taux nets entrent en vigueur à partir du premier jour du trimestre civil suivant leur publication au Journal officiel de la République française. En cas de publication après le 31 décembre, ce sont les taux nets antérieurs qui s'appliquent jusqu'à la publication des nouveaux taux nets.

Pour les assurés souscrivant une assurance volontaire individuelle mentionnée à l'article L. 743-1, le taux applicable est le taux collectif défini au premier alinéa du présent article fixé pour l'activité professionnelle dudit assuré, diminué d'un pourcentage forfaitaire fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en tenant compte des résultats statistiques.

Article D242-36

Les taux nets individuels sont déterminés par la caisse mentionnée à l'article L. 215-3 pour les établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle quel que soit le lieu du siège social de l'entreprise dont relèvent éventuellement ces établissements, suivant les règles fixées aux articles D. 242-29 à D. 242-32 et D. 242-34.

Article D242-37

Les taux nets mixtes sont déterminés par la caisse mentionnée à l'article L. 215-3 pour les établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle quel que soit le lieu du siège social de l'entreprise dont relèvent éventuellement ces établissements par l'addition des deux éléments suivants :

1° Une fraction du taux net collectif fixé pour la catégorie de risque dont relève l'établissement ou l'ensemble des établissements de l'entreprise appartenant à la même catégorie de risque ;

2° Une fraction du taux net individuel qui serait attribué à l'établissement ou à l'ensemble des établissements de l'entreprise appartenant à la même catégorie de risque si ce taux leur était applicable.

Les fractions de taux collectif et individuel varient en fonction du nombre de salariés de l'entreprise dans les proportions fixées par les tableaux ci-après :

1° Entreprises dont l'activité relève d'une industrie autre que celles du bâtiment et des travaux publics :

NOMBRE DE SALARIÉS de l'entreprise (1)	FRACTION du taux individuel (2)	FRACTION du taux collectif (2)
50 à 149	0, 075 E-1, 25 10	(0, 075 E-1, 25) 1- 10
(1) L'entreprise peut comporter un ou plusieurs établissements. (2) E représente l'effectif de l'entreprise tel que défini à l'article D. 242-39.		

2° Entreprises dont l'activité relève des industries du bâtiment et des travaux publics :

NOMBRE DE SALARIÉS de l'entreprise (1)	FRACTION du taux individuel (2)	FRACTION du taux collectif (2)
50 à 299	0, 075 E + 2, 5 25	(0, 075 E + 2, 5) 1- 25
(1) L'entreprise peut comporter un ou plusieurs établissements. (2) E représente l'effectif de l'entreprise tel que défini à l'article D. 242-39.		

Article D242-38

Le taux net notifié collectif, mixte ou individuel ne peut varier d'une année sur l'autre :

1° Soit en augmentation, de plus de 25 % si le taux net notifié de l'année précédente est supérieur à 4, ou de plus d'un point si le taux net notifié de l'année précédente est inférieur ou égal à 4 ;

2° Soit en diminution de plus de 20 % si le taux net notifié de l'année précédente est supérieur à 4, ou de plus de 0, 8 point si le taux net notifié de l'année précédente est inférieur ou égal à 4.

Pour l'entreprise qui bénéficie d'un taux unique ou en cas de regroupement de catégories de risque, ces variations s'apprécient la première année par rapport à un taux net unique correspondant à la moyenne des taux nets notifiés de ses établissements appartenant à la même catégorie de risque de l'année précédente pondérée par la masse salariale de la dernière année connue des mêmes établissements.

Article D242-39

Le nombre de salariés d'un établissement est déterminé selon les modalités fixées par l'article D. 242-6-16. Le nombre de salariés d'une entreprise qui exploite plusieurs établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle est égal à la somme du nombre de salariés de chacun de ces établissements.

Article D242-40

La caisse mentionnée à l'article L. 215-3 notifie à chaque employeur, dans les conditions fixées par l'arrêté prévu au premier alinéa de l'article D. 242-6-22, le classement des risques et le ou les taux de cotisation afférents aux établissements permanents situés dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle, quel que soit le lieu du siège de l'entreprise dont relèvent ces établissements.

Tant que cette notification n'a pas été effectuée, l'employeur doit verser, à titre provisionnel, les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sur la base du taux antérieurement applicable.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables à certaines catégories de travailleurs définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, pour lesquelles le taux net collectif de cotisation publié est directement applicable à l'employeur.

Article D242-41

Les règles prévues aux articles D. 242-6-14, D. 242-6-17 à D. 242-6-21 et D. 242-6-23 s'appliquent pour la détermination des taux de cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de la Moselle.

Section 9 : Dispositions concernant les actions distribuées aux salariés

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 3 : Recouvrement - Sûretés - Prescription - Contrôle

Section 1 : Recouvrement

Sous-section 1 : Recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations payées aux travailleurs salariés et assimilés.

Article D243

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale désigne pour chaque entreprise une union de recouvrement, dénommée "URSSAF-Interlocuteur unique", parmi la liste suivante : les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Bas-Rhin, des Bouches-du-Rhône, de la Gironde, de la Haute-Garonne, de la Loire-Atlantique, du Nord, de Paris-région parisienne et du Rhône.

La phase de consultation prévue au deuxième alinéa du I de l'article R. 243-6 s'achève dans les conditions suivantes :

1° Une proposition de rattachement à une URSSAF-Interlocuteur unique est adressée à l'entreprise, par lettre recommandée avec avis de réception, au plus tard le 1er septembre de l'année précédant son entrée dans le dispositif. A compter de la réception de la proposition, l'entreprise dispose d'un délai de quinze jours soit pour indiquer son accord, soit pour décliner la proposition qui lui est faite. L'absence de réponse dans le délai imparti vaut accord tacite de l'entreprise.

2° En cas de désaccord de l'entreprise sur l'organisme de recouvrement proposé, le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale désigne une autre URSSAF-Interlocuteur unique.

Dans tous les cas, la notification de la décision finale du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est faite par lettre recommandée avec avis de réception, accompagnée d'un descriptif des modalités pratiques de mise en place du dispositif.

Article D243-0-1

Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale désigne les organismes de recouvrement auprès desquels l'Etat verse les cotisations et contributions dues au régime général de sécurité sociale au titre de la paie avec ordonnancement préalable :

- a) Pour les services situés à l'étranger ;
- b) Pour les services situés dans les départements d'outre-mer ;
- c) Pour les autres services.

Article D243-0-2

Sur proposition du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale faite chaque année avant le 31 mars, le ministre chargé de la sécurité sociale publie au Bulletin officiel et sur le site internet www.securite-sociale.fr, après les avoir rendues anonymes, une liste de décisions prises par les organismes de recouvrement en application de l'article L. 243-6-3 qui présentent une portée générale.

Sous-section 2 : Recouvrement des cotisations dues à titre personnel par les employeurs et travailleurs indépendants

Sous-section 3 : Recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les avantages de retraite

Sous-section 4 : Recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès assises sur les revenus de remplacement

Sous-section 5 : Dispositions communes - Dispositions diverses.

Article D243-1

Dans le courant du premier trimestre de chaque année, les organismes chargés du recouvrement sont tenus de communiquer au service mentionné à l'article R. 155-1 et au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques l'état des cotisations de sécurité sociale restant à recouvrer supérieures à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Cet état est arrêté le dernier jour de l'exercice précédent. Il précise les mesures prises en vue du recouvrement ainsi que les garanties et sûretés constituées pour la conservation de ces créances.

Les organismes doivent fournir tous renseignements en leur possession sur la solvabilité du débiteur.

Article D243-2

L'admission en non-valeur des cotisations non prescrites de sécurité sociale, impôts et taxes affectés, en principal et accessoire, est prononcée par le conseil d'administration de l'organisme de sécurité sociale chargé du recouvrement.

Elle ne peut être prononcée moins d'un an après la date d'exigibilité des cotisations non prescrites et seulement en cas d'insolvabilité du débiteur, de disparition ou de décès du débiteur ne laissant aucun actif saisissable ou de clôture des opérations de liquidation judiciaire pour insuffisance d'actif.

Pour les créances inférieures à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget, l'admission en non-valeur ne peut être prononcée moins d'un an après l'envoi de la mise en demeure, dès lors que les frais de recouvrement contentieux atteignent ce montant.

Lorsque le jugement de clôture pour insuffisance d'actif n'est pas prononcé dans un délai d'un an après la date d'exigibilité de la créance, l'organisme chargé du recouvrement peut prononcer l'admission en non-valeur au vu d'une simple attestation du liquidateur d'une clôture prochaine pour insuffisance d'actif sans possibilité de distribution de dividendes, la clôture n'étant pas différée en raison de l'existence d'une procédure de répartition en cours.

Section 2 : Sûretés

Article D243-3

Le montant mentionné au premier alinéa de l'article L. 243-5 est fixé à :

- a) 10 000 € pour les créances dues, à titre personnel, par les travailleurs indépendants ;
- b) 15 000 € pour les créances dues par les employeurs occupant moins de 50 salariés ;
- c) 20 000 € pour les autres créances.

Pour la détermination du seuil applicable, l'effectif des salariés est calculé au 31 décembre de chaque année.

Section 3 : Prescription

Section 4 : Contrôle

Section 5 : Dispositions diverses

Section 6 : Délivrance d'attestations relatives aux obligations déclaratives et de paiement

Article D243-15

Lorsque le cocontractant emploie des salariés, l'attestation prévue à l'article L. 243-15 mentionne l'identification de l'entreprise, le nombre de salariés et le total des rémunérations déclarés au cours de la dernière période ayant donné lieu à la communication des informations prévue à l'article R. 243-13.

La contestation des cotisations et contributions dues devant les juridictions de l'ordre judiciaire ne fait pas obstacle à la délivrance de l'attestation. Toutefois, l'attestation ne peut pas être délivrée quand la contestation fait suite à une verbalisation pour travail dissimulé.

L'attestation est sécurisée par un dispositif d'authentification délivré par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales. Le donneur d'ordre vérifie l'exactitude des informations figurant dans l'attestation transmise par son cocontractant par voie dématérialisée ou sur demande directement auprès de cet organisme au moyen d'un numéro de sécurité.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 4 : Contentieux et pénalités

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 5 : Ressources autres que les cotisations

Section 1 : Contribution des entreprises de préparation de médicaments.

Article D245-1

Les entreprises mentionnées à l'article L. 245-1 s'entendent de celles qui sont titulaires d'une autorisation de mise sur le marché pour une ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux ou sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Article D245-3

L'arrêté de revalorisation est signé du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la santé.

Section 2 : Cotisation sur les boissons alcooliques.

Article D245-14

La cotisation perçue sur les boissons alcooliques bénéficie, sous réserve de la présentation d'une caution, des mêmes crédits que le droit de consommation sur les alcools.

Article D245-15

Les infractions aux dispositions des articles L. 245-7 à L. 245-12 sont recherchées, constatées et sanctionnées, les poursuites sont effectuées comme en matière de droit de consommation sur les alcools.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 4 : Ressources

Chapitre 6 : Dispositions communes

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 1er : Gestion des risques et fonds.

Article D251-1

Les gestions techniques comprennent :

- 1°) l'assurance maladie des salariés du régime général,
- 2°) l'assurance maladie du régime Alsace Moselle,
- 3°) l'assurance maladie des fonctionnaires et ouvriers de l'Etat, agents des collectivités locales, agents relevant du statut national des industries électriques et gazières,
- 4°) l'assurance maladie des étudiants,
- 5°) l'assurance maladie des invalides de guerre,
- 6°) l'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux,
- 7°) l'assurance maladie des assurés volontaires et des assurés personnels,
- 8°) l'assurance maladie des artistes auteurs,
- 9°) les accidents du travail et maladies professionnelles,
- 10°) les prestations familiales,
- 11°) l'assurance vieillesse des travailleurs salariés,
- 12°) l'assurance vieillesse des artistes auteurs,

13°) le recouvrement des cotisations et majorations de retard.

Article D251-2

Les gestions budgétaires comprennent :

- 1°) la gestion des opérations administratives,
- 2°) l'action sanitaire et sociale (assurance maladie),
- 3°) l'action sanitaire et sociale (allocations familiales),
- 4°) l'action sanitaire et sociale (assurance vieillesse),
- 5°) l'action sanitaire des caisses d'allocations familiales d'outre-mer (FASO),
- 6°) le contrôle médical,
- 7°) la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles,
- 8°) les oeuvres et établissements.

Section 1 : Assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D251-3

L'arrêté prévu par l'article L. 251-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et par le ministre chargé du budget.

Article D251-4

Le décret prévu au deuxième alinéa de l'article L. 251-4 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D251-5

Les pouvoirs prévus au troisième alinéa de l'article L. 251-4 sont exercés par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Section 2 : Assurance vieillesse.

Article D251-7

L'arrêté prévu par l'article L. 251-7 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Section 3 : Allocations familiales.

Article D251-8

L'arrêté prévu par l'article L. 251-8 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Section 4 : Dispositions communes

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 2 : Dotations - Budgets - Etats prévisionnels

Section 1 : Organismes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D252-1

L'arrêté interministériel prévu au premier alinéa de l'article L. 252-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article D252-2

L'arrêté prévu par l'article L. 252-2 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Section 2 : Organismes d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage

Section 3 : Organismes de prestations familiales

Section 4 : Agence centrale des organismes de sécurité sociale et unions de recouvrement

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 3 : Gestion financière et comptable

Article D253-1

Les articles ci-après s'appliquent aux organismes du régime général et aux organismes de sécurité sociale dont la gestion de trésorerie est confiée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article D253-2

Les opérations financières et comptables des organismes visés à l'article D. 253-1 qui résultent des missions qui leur ont été confiées par les dispositions législatives et réglementaires concernent les recettes, les dépenses, la trésorerie et le patrimoine. Elles sont assurées par un directeur et un agent comptable.

Section 1 : Directeur et agent comptable

Sous-section 1 : Directeur

Article D253-3

Le directeur est nommé et agréé conformément aux articles R. 121-1 (5°) et R. 122-1.

Article D253-4

Le directeur exerce les fonctions d'ordonnateur. A ce titre, conformément aux dispositions de l'article R. 122-3, il engage et liquide les dépenses, constate ou liquide les créances de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration. Il a seul qualité pour émettre les ordres de recettes et de dépenses. Il est seul chargé des poursuites à l'encontre des débiteurs de l'organisme.

Article D253-5

Le directeur et le directeur adjoint et leurs conjoint, concubin ou personne avec laquelle ils ont conclu un pacte civil de solidarité ne peuvent assumer les fonctions d'agent comptable ou de délégué de l'agent comptable.

Sauf autorisation du responsable du service visé à l'article R. 155-1, les délégués du directeur ou leurs conjoint, concubin ou personne avec laquelle ils ont conclu un pacte civil de solidarité ne peuvent assumer les fonctions d'agent comptable ou de délégués de l'agent comptable.

Article D253-6

Le directeur peut, conformément aux dispositions de l'article R. 122-3, déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme.

Il peut déléguer, à titre permanent, sa signature au directeur adjoint de la caisse ou à un ou plusieurs agents de l'organisme.

Cette délégation doit préciser, pour chaque délégué, la nature des opérations qu'il peut effectuer et leur montant maximum s'il y a lieu.

L'agent comptable est dépositaire d'un exemplaire certifié des signatures du directeur et de ses délégués.

Article D253-7

Conformément aux dispositions de l'article R. 122-3, en cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint. Si la vacance est définitive, le conseil d'administration procède à la nomination dans les six mois au plus tard.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur ou du directeur adjoint ou, à défaut de directeur adjoint, les fonctions de directeur sont exercées par un agent de l'organisme désigné à cet effet dans les conditions prévues au 7° de l'article R. 121-1.

Sous-section 2 : Agent comptable

Article D253-8

L'agent comptable est nommé et agréé conformément aux articles R. 121-1 (5°) et R. 122-1.

Paragraphe 1 : Installation et remise de service

Article D253-12

L'installation de l'agent comptable dans ses fonctions ainsi que la remise de service de l'agent comptable sortant sont constatées par un procès-verbal dressé par le directeur de l'organisme en présence des intéressés ainsi que du président du conseil d'administration ou de son représentant pour les organismes de mutualité sociale agricole. Un exemplaire de ce procès-verbal est adressé au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, ou au ministre chargé de la sécurité sociale pour les organismes ne relevant pas d'un organisme national défini à l'article D. 122-13, ainsi qu'au ministre chargé de l'agriculture pour les organismes mentionnés à l'article R. 123-50-1.

Au préalable, il doit fournir en garantie de sa gestion un cautionnement dont le montant est fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

L'agent comptable entrant dispose d'un délai de six mois, renouvelable une fois pour une durée de trois mois, pour formuler des réserves écrites et motivées sur la gestion de son prédécesseur ; il adresse ces réserves au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, ou au ministre chargé de la sécurité sociale pour les organismes ne relevant pas d'un organisme national défini à l'article D. 122-13, ou au ministre chargé de l'agriculture pour les organismes mentionnés à l'article R. 123-50-1.

Par dérogation aux dispositions de l'article D. 253-1, le présent article est applicable à tous organismes, à l'exception de ceux ayant le caractère d'établissement public, de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et des organismes d'assurance vieillesse des professions libérales.

Paragraphe 2 : Désignation des mandataires

Article D253-13

Après avoir été installé, l'agent comptable doit, sous sa responsabilité, se faire suppléer, pour tout ou partie de ses attributions, par un ou plusieurs fondés de pouvoir agréés par le conseil d'administration, munis d'une procuration régulière. Ces procurations doivent être transmises pour information au directeur.

L'agent comptable peut également charger :

1° Des agents de l'organisme de l'exécution de certaines opérations, et notamment des vérifications.

Les délégations données aux agents de l'organisme doivent préciser, pour chaque délégué, la nature des opérations qu'il peut effectuer et leur montant maximum.

2° Un centre agréé par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale des opérations d'encaissement de certains moyens de paiement.

Les délégations données aux responsables des centres agréés font l'objet d'une convention établie entre l'agent comptable et les centres, approuvée par le directeur de l'organisme de sécurité sociale. Une convention type définie par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget précise les conditions dans lesquelles la délégation s'exécute.

Les fondés de pouvoir et les responsables des centres agréés ayant reçu délégation de l'agent comptable sont astreints à la constitution d'un cautionnement dont le montant est fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Paragraphe 3 : Intérim

Section 2 : Opérations

Article D253-15

Les opérations de recettes et de dépenses donnent lieu à l'établissement d'ordres de recette et d'ordres de dépense.

Des régies de recettes et de dépenses peuvent être créées auprès des organismes de sécurité sociale visés à l'article D. 253-1 suivant les modalités fixées par une instruction particulière du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Sous-section 1 : Opérations de recette

Article D253-16

Le directeur est chargé du recouvrement des cotisations et majorations de retard conformément aux dispositions des articles L. 243-1 et R. 243-1 à R. 243-21. Il est seul chargé de la liquidation et du recouvrement contentieux des créances autres que les cotisations. Sauf en matière de cotisation, l'agent comptable est chargé du recouvrement amiable des créances.

Les ordres de recette individuels ou collectifs, établis et signés par le directeur, sont transmis, accompagnés, s'il y a lieu, des pièces justificatives, à l'agent comptable, qui les prend en charge, les date et les signe après vérification.

Les contrôles pourront être sélectifs suivant la nature de la recette.

Il est fait recette du montant intégral des produits sans contraction entre les recettes et les dépenses.

Les ordres de recette sont conservés par l'agent comptable.

Sous-section 2 : Opérations de dépenses

Article D253-20

Les frais et accessoires se rattachent au même exercice que la dépense principale.

Article D253-21

L'agent comptable peut payer sans ordonnancement préalable certaines catégories de dépenses, dont la liste est dressée par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget, sous réserve que les crédits soient disponibles.

Sous-section 3 : Opérations de trésorerie

Paragraphe 1 : Fonds et valeurs

Article D253-27

L'ensemble des fonds, valeurs, deniers et tout document justificatif des opérations financières et comptables d'un organisme est détenu en un même lieu et forme une unité de caisse.

Paragraphe 2 : Disponibilités et mouvements de fonds

Article D253-30

I. # Les fonds des organismes peuvent être déposés sur :

1° Des comptes tenus par la Caisse des dépôts et consignations ou ses préposés ;

2° Des comptes tenus par la Banque de France ;

3° Des comptes tenus par des établissements de crédit agréés au sens du code monétaire et financier.

Les frais afférents au fonctionnement de ces comptes peuvent être débités d'office.

II. # Les organismes de recouvrement disposent de comptes dédiés aux opérations d'encaissement réalisées en application des missions prévues à l'article L. 213-1.

Les frais afférents au fonctionnement de ces comptes ne sont pas débités sur ces derniers. Les frais de versement des cotisations et des contributions sont à la charge de la partie versante.

Le cas échéant, les organismes de recouvrement disposent de comptes spécifiquement dédiés aux opérations d'encaissement des cotisations et contributions centralisées par les comptables publics principaux de la direction générale des finances publiques et les agents comptables des établissements publics. Ces comptes sont ouverts dans les livres de la Caisse des dépôts et consignations, au siège ou auprès de ses préposés, par lesdits organismes, sous réserve de l'autorisation de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

L'agence est habilitée à disposer de l'information afférente à ces comptes et à passer les ordres relatifs à ces comptes en application du 1° de l'article D. 225-1. La Caisse des dépôts et consignations transmet, chaque jour, aux organismes, la situation des opérations effectuées sur ces comptes. La Caisse des dépôts et consignations est également habilitée à transmettre ces informations à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

III. # Les organismes peuvent ouvrir, dans les livres de la Caisse des dépôts et consignations, au siège ou auprès de ses préposés, sous réserve de l'autorisation de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, des comptes dédiés servant d'intermédiaires dans le processus d'alimentation en trésorerie initié à partir du compte courant central de l'agence mentionné au I de l'article D. 225-3.

L'agence est habilitée à disposer de l'information afférente à ces comptes et à passer les ordres relatifs à ces comptes sur la base des demandes qui lui sont adressées par les organismes. La Caisse des dépôts et consignations transmet chaque jour aux organismes la situation des opérations effectuées sur ces comptes. Elle est également habilitée à transmettre ces informations à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

IV. # Aucun des comptes mentionnés au présent article ne peut être débiteur.

Article D253-31

Les comptes de l'article D. 253-30 sont ouverts sur demande de l'agent comptable après avis du directeur de l'organisme.

Article D253-32

L'agent comptable doit procéder régulièrement au rapprochement de ses écritures et de celles des établissements teneurs de ses comptes courants. Les réajustements et rectifications sont effectués sous le contrôle du conseil d'administration.

Article D253-33

L'agent comptable qui fait ouvrir un compte courant auprès d'un établissement autre que ceux mentionnés à l'article D. 253-30 commet une faute professionnelle, passible de sanction disciplinaire.

Paragraphe 3 : Trésorerie

Article D253-34

Sont considérés comme opérations de trésorerie tous les mouvements de numéraire, valeurs mobilisables, comptes de dépôts et comptes courants.

Article D253-35

Sous réserve des dispositions spécifiques prévues aux II et III de l'article D. 253-30, les opérations de trésorerie sont effectuées par les agents comptables des organismes de sécurité sociale soit spontanément, soit à la demande du directeur de l'organisme, des représentants qualifiés de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou des autorités de tutelle, selon les modalités prévues par les textes relatifs à l'organisation financière et comptable des organismes de sécurité sociale.

Paragraphe 4 : Circuits de trésorerie

Article D253-38

L'agent comptable doit veiller à ce que les comptes courants soient régulièrement approvisionnés en fonction des décaissements effectifs attendus et à ce que les échéanciers mentionnés à l'article D. 225-1 qu'il transmet à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, déterminés en fonction du calendrier des sommes dues et des recettes prévisibles au cours de la période considérée, présentent la meilleure fiabilité.

Il doit donner sans délai toute explication à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale lorsque celle-ci signale une anomalie dans les demandes de paiement qui lui sont adressées pour l'application du 2° de l'article D. 225-1.

Article D253-41

Pour l'exercice de sa mission, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale donne les instructions nécessaires aux organismes de recouvrement. Elle peut effectuer à cet effet des contrôles sur pièces et sur place.

Sous-section 4 : Justification des opérations - Conservation

Article D253-42

La liste des pièces justificatives des opérations techniques et budgétaires de recettes et de dépenses est dressée dans une instruction arrêtée par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article D253-44

Pour les gestions techniques, le délai de conservation des pièces justificatives papier est le suivant :

-six mois après le délai de prescription visé par l'article L. 244-3 pour l'encaissement des cotisations et majorations de retard ;

-six mois après le délai de prescription pour les prestations visées aux articles L. 160-11 et L. 361-1. Pour les prestations accordées au titre des accidents du travail, le délai de conservation est fixé à six mois après le délai de prescription visé à l'article L. 431-2 sous réserve des dispositions relatives à la conservation de certaines pièces du dossier du bénéficiaire qui seront précisées dans une instruction particulière ;

-six mois après le délai de prescription pour les prestations familiales visées à l'article L. 553-1 et les prestations gérées pour le compte de tiers ;

-cinq ans après le décès du titulaire ou de son conjoint pour les prestations d'assurance vieillesse et invalidité.

Une instruction particulière précisera les modalités de conservation des pièces originales ainsi que la nature des supports à utiliser et notamment les microformes et l'archivage électronique, compte tenu de la nature des documents à archiver.

Les titres de propriété ne peuvent être détruits.

Article D253-45

Les délais ci-dessus visés sont prolongés lorsque les droits et obligations constatés sur les pièces justificatives sont susceptibles de faire l'objet d'une révision ou font partie d'un dossier litigieux.

Section 3 : Comptabilité

Article D253-50

La comptabilité des organismes de sécurité sociale a pour fonction :

1° De faire apparaître la situation patrimoniale de l'organisme, active et passive ;

2° De déterminer les résultats globaux de l'exercice ;

3° De dégager les résultats en fin d'exercice et de les comparer aux prévisions ;

4° De dégager éventuellement les résultats analytiques d'exploitation.

Elle retrace les opérations des gestions budgétaires, les opérations des gestions techniques, les opérations de trésorerie, les opérations faites avec les tiers ou pour le compte de tiers, les mouvements du patrimoine des organismes.

Article D253-51

La comptabilité générale est tenue selon le principe de la partie double. L'exercice comptable s'étend, sauf dérogation, du 1er janvier au 31 décembre.

Article D253-52

Le plan comptable des organismes de sécurité sociale constitue un plan particulier du plan comptable général ; il est établi par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Une instruction conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget détermine :

1° La codification des différentes gestions prévues par les articles R. 251-1, R. 251-2, R. 251-14, R. 251-24 et R. 251-32, la gestion du recouvrement des cotisations et des majorations de retard, la gestion des établissements et des oeuvres ;

2° Le cadre comptable fixant les règles générales de classement et la nomenclature des comptes à ouvrir ;

3° Les modalités de fonctionnement des comptes avec leur terminologie explicative;

4° Les normes régissant la présentation et l'établissement des comptes et des documents de synthèse ;

5° La tenue de la comptabilité matière prévue à l'article D. 253-53 ;

6° Les liaisons financières et comptables qui s'établissent entre l'organisme compétent et les organismes de l'article D. 253-1.

Article D253-53

L'agent comptable tient :

1° La comptabilité générale ;

2° Eventuellement, la comptabilité des dépenses engagées ;

3° La comptabilité auxiliaire des comptes cotisants ;

4° La comptabilité analytique d'exploitation s'il en existe une ;

5° La comptabilité de programme en tant que de besoin.

Il peut être chargé de la tenue de la comptabilité matière. Dans le cas où il n'est pas chargé de la comptabilité matière, il doit s'assurer au moins une fois par an de la concordance entre les écritures de comptabilité matière et l'inventaire annuel des stocks.

Article D253-54

L'agent comptable tient sa comptabilité à la disposition du directeur et lui fournit, sur demande, tout renseignement.

Il doit être en mesure de justifier à tout instant que sa comptabilité est équilibrée.

Section 4 : Comptes annuels

Article D253-56

Les comptes annuels comprennent :

Le bilan ;

Le compte de résultat de l'exercice ;

L'annexe.

Article D253-57

Conformément aux dispositions de l'article R. 114-6-1, les comptes mentionnés à l'article R. 122-4 sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Ils sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration ou à l'instance ou commission délibérative compétente qui les approuve sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

Section 5 : Contrôle de la gestion de l'agent comptable

Article D253-67

L'agent comptable est, en outre, soumis aux vérifications prévues par les lois et règlements en vigueur.

L'agent comptable qui refuse à un vérificateur dûment habilité de présenter sa comptabilité ou d'établir l'inventaire des fonds et valeurs est immédiatement suspendu dans les conditions prévues par l'article R. 123-52.

La même mesure est prise contre lui s'il est constaté une irrégularité de nature telle que sa probité puisse être mise en doute.

Article D253-68

Les fonctionnaires habilités par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget pour exercer le contrôle prévu aux articles L. 281-1 et R. 153-9 ont libre accès dans tous les services et établissements relevant des organismes de sécurité sociale. Ils doivent, lors de leurs opérations sur place et au moment même d'y procéder, en donner avis au directeur de l'organisme contrôlé ou à son représentant local.

Les organismes de sécurité sociale sont tenus de prêter leur concours à ces fonctionnaires lors de leurs missions, enquêtes ou vérifications, de fournir tous renseignements et de communiquer toutes délibérations et décisions, tous contrats, conventions et marchés, tous documents, registres, livres, justifications de recettes ou de dépenses ; ils devront présenter leur caisse, leur portefeuille, leurs valeurs de toute nature, leurs titres de propriété ou de créances.

Le droit de communication comporte le droit d'obtenir copie.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 5 : Régime financier

Chapitre 4 : Dispositions diverses

Article D254-1

Le remboursement des avances consenties à la gestion administrative, l'apurement des déficits antérieurs, l'amortissement des constructions, des travaux d'aménagement, du matériel, du mobilier et des frais d'établissement doivent être effectués dans les délais fixés par instructions des organismes nationaux.

Article D254-2

Les fonds mis à la disposition des sections locales, des correspondants locaux ou des correspondants d'entreprises correspondent aux besoins immédiats en trésorerie pour assurer le paiement des prestations.

Toutefois, dans des cas exceptionnels, des avances de fonds pourront être consenties. Ces avances ne peuvent dépasser le montant moyen des paiements calculés sur la base de deux jours ouvrés. Elles ne peuvent être complétées ou renouvelées qu'au fur et à mesure des justifications fournies.

Article D254-3

L'agent comptable peut, dans les conditions de l'article D. 253-31, faire ouvrir des comptes de disponibilités à ses délégués des sections locales, aux correspondants locaux ou d'entreprises, pour l'exécution, sous la signature des agents habilités à cet effet, de retraits de fonds, de paiements ou de virements.

Article D254-4

L'organisme chargé du paiement des pensions d'invalidité, des pensions de vieillesse et des allocations aux vieux travailleurs salariés remet à chaque titulaire un extrait d'inscription établissant ses droits.

L'extrait d'inscription est adressé au titulaire.

Il comporte les indications suivantes :

1. Nom, prénoms, domicile, état civil, numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ;
2. Le numéro de l'avantage servi, le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et toutes indications utiles permettant d'identifier ledit avantage ;
3. Le montant de la pension ou allocation ;
4. La date d'entrée en jouissance.

Seront également mentionnés, s'il y a lieu, les nom, prénoms et adresse, ou toutes indications en permettant l'identification, du tuteur aux prestations sociales ou, s'il s'agit d'un incapable majeur protégé par la loi n° 68-5 du 3 janvier 1968, du représentant ayant préalablement justifié de ses pouvoirs.

Article D254-5

L'organisme chargé du paiement des pensions d'invalidité, des pensions de vieillesse et des allocations aux vieux travailleurs salariés tient un répertoire des oppositions. Il est fait mention sur ce répertoire des oppositions formulées des arrérages retenus et réglés aux créanciers.

Les sommes retenues sont virées à un compte spécial " Oppositions sur prestations ".

Les oppositions autorisées par les lois ne peuvent être notifiées valablement qu'à l'organisme chargé du paiement des arrérages.

Article D254-6

Les arrérages des pensions, rentes ou allocations afférentes à la période antérieure à la date du décès du pensionné sont payables aux ayants droit sur production du bulletin de décès et sur présentation des pièces établissant leur qualité.

Les arrérages des prestations d'invalidité, des pensions de veuf ou de veuve invalide, des rentes d'accidents du travail ainsi que les arrérages des prestations de vieillesse contributives et non contributives, et leurs majorations et accessoires sont dus jusqu'à la fin du mois d'arrérages au cours duquel le prestataire est décédé. Ils sont payables aux ayants droit dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 1er : Dispositions générales

Section 1 : Programmes d'action sanitaire et sociale

Section 2 : Comité d'action sanitaire et sociale de la sécurité sociale.

Article D261-1

La composition du comité d'action sanitaire et sociale de la sécurité sociale prévu à l'article R. 261-2 est fixée comme suit :

- 1°) le directeur général de la santé ou son représentant ;
- 2°) le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
- 3°) le directeur de l'action sociale ou son représentant ;
- 4°) le directeur des hôpitaux ou son représentant ;
- 5°) le directeur général de l'institut national de la santé et de la recherche médicale ou son représentant ;
- 6°) le président et le vice-président du conseil d'administration de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou leurs représentants ;
- 7°) le président et le vice-président du conseil d'administration de la caisse nationale des allocations familiales ou leurs représentants ;
- 8°) le président et le vice-président du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ou leurs représentants ;

9°) le président du conseil d'administration de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ou son représentant ;

10°) un représentant des régimes de retraite complémentaire désigné par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

11°) le président du haut-comité médical de la sécurité sociale ou son représentant ;

12°) le directeur de la fondation nationale de gérontologie ou son représentant ;

13°) deux membres désignés par l'union nationale des associations familiales ou leurs représentants ;

14°) le président de l'union nationale des bureaux d'aide sociale ou son représentant ;

15°) six personnalités connues pour leur compétence en matière d'action sanitaire et sociale dont au moins deux médecins, désignées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D261-2

Le comité d'action sanitaire et sociale de la sécurité sociale est présidé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Le comité élit un vice-président parmi ses membres.

Article D261-3

Le comité se réunit sur convocation du ministre chargé de la sécurité sociale.

Il donne son avis sur les projets de programmes d'action sanitaire et sociale des différentes catégories de caisses dont il est saisi par le ministre.

Article D261-4

Le secrétariat du comité est assuré par les services de la direction de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 2 : Action sanitaire et sociale dans la branche "maladie"

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 3 : Action sociale dans la branche "prestations familiales"

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 4 : Action sanitaire et sociale dans la branche "vieillesse"

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 6 : Prévention, information et éducation sanitaires, action sanitaire et sociale

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 1 : Relations avec le régime agricole

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 2 : Sanctions

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 3 : Surveillance des obligations des employeurs et des bénéficiaires

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 8 : Contrôle de l'administration - Dispositions d'application du livre 2

Chapitre 1er : Contrôle sur les organismes locaux et régionaux.

Article D281-1

Les dispositions des articles L. 151-1, L. 153-1, R. 151-1, R. 151-4, R. 151-5 et R. 153-1 sont applicables aux décisions des directeurs des organismes du régime général de sécurité sociale relatives aux conditions de travail du personnel, notamment celles ayant pour objet d'accorder des avantages individuels ou collectifs non expressément prévus par les conventions collectives ou celles qui n'ont pas été prises en compte dans le financement du budget prévisionnel de l'organisme.

Article D281-2

Les directeurs des organismes de sécurité sociale devront communiquer au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 toutes les décisions prises dans les matières mentionnées à l'article D. 281-1, conformément à la procédure et dans les délais prévus par l'article L. 151-1, R. 151-1, R. 151-2, R. 151-4 et R. 151-5.

Article D281-3

Les dispositions des articles D. 281-1 et D. 281-2 sont applicables aux décisions de même nature prises :

1°) par les agents auxquels le directeur a donné délégation de pouvoir en application du huitième alinéa de l'article R. 122-3 ;

2°) par le directeur adjoint en cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur ;

3°) par l'agent chargé de l'intérim de la direction en cas d'absence, d'empêchement du directeur ou du directeur adjoint, ou à défaut du directeur adjoint ;

4°) par le médecin conseil régional concernant le personnel mis à la disposition de l'échelon régional du contrôle médical conformément aux dispositions de l'article R. 315-9.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 8 : Contrôle de l'administration - Dispositions d'application du livre 2

Chapitre 2 : Contrôle sur les organismes nationaux

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 2 : Organisation du régime général - Action sanitaire et sociale des caisses

Titre 8 : Contrôle de l'administration - Dispositions d'application du livre 2

Chapitre 3 : Dispositions d'application

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 1 : Champ d'application des assurances sociales

Article D311-1

Les personnes qui contribuent de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif au sens des dispositions du 21° de l'article L. 311-3 sont :

- 1° Les personnes contribuant au contrôle judiciaire ou au sursis avec mise à l'épreuve, médiateurs du procureur de la République, délégués du procureur de la République, interprètes, traducteurs énumérés au 3° de l'article R. 92 du code de procédure pénale, au titre des indemnités versées par le service centralisateur ou le service d'administration régionale du ministère de la justice en application de l'article R. 91 du même code ;
- 2° Les enquêteurs sociaux en matière pénale pour les activités rémunérées en application du 1° de l'article R. 121-1 du code de procédure pénale ;
- 3° Les médecins experts, les rapporteurs et les médecins qualifiés mentionnés aux articles R. 141-1, R. 143-27 et R. 143-28 du code de la sécurité sociale au titre des honoraires versés par les caisses d'assurance maladie et de retraite et la caisse du régime social des indépendants en application du troisième alinéa de l'article R. 141-7 et R. 144-14 du même code ;
- 4° Les médecins experts de la commission centrale ou des commissions départementales d'aide sociale désignés par le préfet ou le président du conseil général en application de l'article L. 134-7 du code de l'action sociale et des familles, et les médecins consultés par les commissions départementales d'aide sociale en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 232-20 du même code, au titre des rémunérations versées par l'Etat en application de l'article R. 134-12 du même code ;
- 5° Les médecins agréés par le préfet ou les médecins membres des commissions médicales départementales ou interdépartementales du permis de conduire mentionnés aux articles R. 226-1, R. 226-2 et R. 221-11 du code de la route au titre des frais médicaux pris en charge par les usagers en application des articles L. 223-5 et L. 224-14 du même code ;
- 6° Les médecins et les vétérinaires mentionnés aux articles L. 232-12 et L. 241-4 du code du sport exerçant des contrôles dans le cadre de la lutte contre le dopage, au titre des rémunérations versées par l'Agence française de lutte contre le dopage en application de l'article R. 232-10 du même code ;
- 7° Les commissaires enquêteurs mentionnés à l'article L. 123-4 du code de l'environnement, à l'article R. 1322-18 du code de la santé publique et à l'article R. 111-4 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique, au titre des indemnités versées par le maître d'ouvrage, en application des articles R. 111-6, R. 111-7, R. 111-8 et R. 111-9 du code de l'expropriation pour cause d'utilité publique ;
- 8° Les hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique mentionnés à l'article R. 1321-14 du code de la santé publique, pour les avis qui leur sont demandés en application du 5° de l'article R. 1321-6, du 5° de l'article R. 1322-5, des articles R. 1322-12, R. 1322-13, R. 1322-17, R. 1322-24 et R. 1322-25 du code de la santé publique et de l'article R. 2213-32 du code général des collectivités territoriales ainsi que pour

les missions réalisées au titre des articles L. 1331-1 à L. 1331-7 et L. 1331-10 du code de santé publique, des articles L.214-1 à L.214-6, de l'article R.214-1 et de l'article R.211-23 du code de l'environnement et L. 2224-8 du code général des collectivités territoriales, au titre des indemnités qui leur sont versées par le demandeur d'autorisation ;

9° Les membres des commissions et des comités de lecture du centre national du cinéma et de l'image animée mentionnés aux articles 211-157, 212-55, 312-60 et 411-70 du code du cinéma et de l'image animée au titre des rémunérations ou indemnités qui leur sont versées par le centre national de la cinématographie ;

10° Les médecins coordonnateurs mentionnés à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique et intervenant dans le cadre d'une injonction de soins mentionnée à l'article 131-36-4 du code pénal et aux articles 723-30 et 731-1 du code de procédure pénale, au titre de la prise en charge par les agences régionales de santé des dépenses afférentes à leur intervention en application des dispositions de l'article L. 3711-4 du code de la santé publique ;

11° Les praticiens agréés-maîtres de stage des universités mentionnés aux articles R. 632-16 à R. 632-20 du code de l'éducation et à l'article R. 6153-46 du code de la santé publique au titre des honoraires ou des indemnités forfaitaires pédagogiques et pour perte de gain versées par les unités de formation et de recherche des universités concernées en application de l'arrêté du 18 juin 2009 modifié pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 et de l'arrêté du 27 juin 2011 relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du troisième cycle des études de médecine ;

12° Les médecins participant à la permanence des soins ambulatoires mise en œuvre par les agences régionales de santé en application de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique au titre des rémunérations à l'acte ou forfaitaire déterminées par les agences régionales de santé et versées par les caisses primaires d'assurance maladie en application de l'article R. 6315-6 du même code et de l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire ;

13° Les administrateurs des associations de gestion agréée et des centres de gestion agréée mentionnés aux articles 371 A et 371 M de l'annexe II, et 1649 quater C et F du code général des impôts, au titre de leurs fonctions électives et des indemnités forfaitaires versées par ces organismes selon les règles posées par les différentes réglementations professionnelles et le bulletin officiel des finances publiques ;

14° Les professionnels de santé salariés et non salariés en leur qualité de membre de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu mentionné aux articles L. 4021-1, R. 4021-4 du code de la santé publique, des commissions scientifiques indépendantes mentionnées aux articles L. 4133-2, L. 4143-2, L. 4153-2 et L. 4236-2 du même code et de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales mentionnée à l'article R. 4021-24 du même code, au titre des indemnités forfaitaires versées par ces instances en application des dispositions de l'article R. 4021-5 du même code ;

15° Les médecins agréés pour siéger au sein des comités médicaux, désignés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 et mentionnés à l'article R. 3132-5 du code de la santé publique, chargés par l'administration ou par les comités médicaux et les commissions de réforme d'effectuer des contre-visites et expertises, au titre des honoraires ou indemnités versées par les administrations intéressées en application de l'article 53 du décret précité ;

16° Les membres des organismes de sécurité sociale mentionnés à l'article L. 231-12 et L. 611-17, au titre des indemnités pour perte de gains versées par les organismes ou du maintien de leur salaire ;

17° Les administrateurs des institutions de retraite complémentaire et de prévoyance mentionnées aux articles L. 922-1 et L. 931-1, au titre des indemnités pour pertes de gain versées par les institutions ou du maintien de leur salaire en application des articles R. 922-26 et R. 922-26 ;

18° Les administrateurs de l'école nationale supérieure de sécurité sociale mentionnée à l'article R. 123-8, au titre des indemnités pour perte de gains versées par l'école ou du maintien de leur salaire, en application de l'article R. 123-13 ;

19° Les membres élus de la Caisse nationale et des sections professionnelles d'assurance vieillesse des professions libérales mentionnées aux articles L. 641-2 et L. 641-5 au titre des indemnités pour perte de gains versées par la caisse en application des articles L. 623-1 et D. 623-26 ;

20° Les membres élus de la Caisse nationale des barreaux français mentionnée à l'article L. 723-1, au titre des indemnités versées par la caisse en application de l'article R. 723-7 ;

21° Les membres élus des chambres consulaires mentionnées à l'article 5-1 du code de l'artisanat et à l'article L. 710-1 du code de commerce, au titre des indemnités qui leur sont versées par les chambres en application de l'article 18 du code de l'artisanat et R. 712-1 du code de commerce ;

22° Les membres ainsi que les experts de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux mentionné aux articles L. 1142-22 et L. 1142-24-4 du code de la santé publique, au titre des indemnités de fonctions ou forfaitaires versées par l'office en application des articles R. 1142-44 et R. 1142-63-4 du même code ;

23° Les membres élus des conseils de prud'hommes représentant les employeurs mentionnés aux articles L. 1411-1, L. 1423-2 et R. 1423-1 du code du travail, au titre des allocations et vacations horaires versées par le conseil en application de l'article D. 1423-57 du même code ;

24° Les personnes recrutées à titre temporaire en vue de procéder aux opérations de recensement de la population en application du décret n° 2003-485 du 5 juin 2003, aux enquêtes de recensement agricole en application des décrets n° 69-600 du 13 juin 1969 et n° 2000-60 du 24 janvier 2000 ou aux opérations de recensement destinées à permettre de procéder à l'établissement du cadastre viticole prévues par le décret n° 53-977 du 30 septembre 1953, au titre de la rémunération versée par questionnaire ou de la rémunération à la journée.

Article D311-2

Les cotisations dues au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, les contributions mentionnées à l'article L. 834-1 et à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, et le versement mentionné aux articles L. 2333-64 et L. 2531-2 du code général des collectivités territoriales sont calculés sur les rémunérations versées aux personnes mentionnées à l'article D. 311-1 mensuellement ou pour chaque acte ou mission ou, le cas échéant, par nombre de personnes suivies annuellement. Le taux des accidents du travail et maladies professionnelles est celui applicable aux services extérieurs des administrations, aux collectivités territoriales, et à l'administration hospitalière, y compris leurs établissements publics et établissements publics médico-sociaux. Ce taux est également applicable lorsque la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée dans le cas de l'accord mentionné à l'article D. 311-3.

Article D311-3

L'organisme pour le compte duquel est effectuée la mission de service public est chargé du versement des cotisations et contributions sociales aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, sous réserve des dispositions de l'article D. 311-4.

Toutefois, pour les personnes mentionnées aux 3° et 4°, aux 10° à 12°, aux 14° et 15° ainsi qu'au 22° de l'article D. 311-1, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée cette activité salariée peut, sous réserve d'un accord écrit et préalable passé avec le salarié et l'organisme mentionné au premier alinéa, verser la rémunération et les cotisations et contributions de sécurité sociale afférentes. L'employeur habituel assure le précompte des cotisations et contributions mentionnées à l'article D. 311-2 aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

L'organisme pour le compte duquel est effectuée la mission de service public verse à l'employeur habituel les sommes et les cotisations et contributions de sécurité sociale dues au titre de cette mission, selon les modalités prévues dans l'accord écrit. Celui-ci doit notamment comprendre les éléments relatifs aux modalités de remboursement, aux échéanciers de paiement et à la mise en cause de la responsabilité en cas de retard ou de non paiement. L'accord écrit et un état récapitulatif comprenant le décompte des sommes et des cotisations et contributions dues doivent être tenus à la disposition des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4.

Les cotisations et contributions mentionnées aux premier et deuxième alinéas sont recouvrées et contrôlées selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale assises sur les salaires.

Article D311-4

A l'exception de celles mentionnées aux 1° et 2° de l'article D. 311-1, les personnes relevant de l'article L. 621-3 peuvent demander le rattachement des sommes tirées de la mission de service public à leurs revenus tirés d'activité non salariée. Dans ce cas, elles fournissent à l'organisme pour le compte duquel est effectuée la mission de service public une attestation de rattachement au régime dont elles relèvent au titre de leur activité non salariée. Cette demande de rattachement prend effet à la date de la présentation de cette attestation à l'organisme auprès duquel elles sont intervenues et vaut jusqu'au 30 juin de l'année suivante. Sauf dénonciation par le travailleur indépendant avant le 30 juin, elle est tacitement reconduite. La dénonciation prend effet au 30 juin suivant sa réception.

Les personnes qui ont fait la demande de rattachement versent les cotisations et contributions sociales dont elles sont redevables sur l'ensemble des revenus et rémunérations perçus au titre de leur activité non salariée et de l'activité mentionnée à l'article D. 311-1 aux régimes auxquels elles sont affiliées.

Les montants perçus au titre de la participation à la mission de service public doivent figurer dans la déclaration de revenus mentionnée à l'article R. 115-5.

L'organisme pour le compte duquel est effectuée la mission de service public transmet aux organismes de sécurité sociale des régimes des personnes relevant de l'article L. 621-3 concernés les montants bruts des sommes versées au titre de cette mission, une fois par an, et au plus tard le 5 ou le 15 janvier de l'année civile suivant la période au cours de laquelle a été effectuée la mission de service public.

Article D311-5

Les articles D. 311-2 à D. 311-4 sont applicables aux personnes mentionnées à l'article D. 741-99 742-3-2 du code rural et de la pêche maritime.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 2 : Affiliation - immatriculation

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 3 : Droit aux prestations (maladie, maternité, invalidité, décès)

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 : Dispositions relatives aux soins

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 1 : Généralités

Chapitre 5 : Contrôle médical.

Article D315-1

Lors de l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2, le professionnel de santé contrôlé peut se faire assister par un membre de sa profession.

Article D315-2

Préalablement à l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2, le service du contrôle médical communique au professionnel de santé contrôlé l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, comportant notamment la liste des faits reprochés au professionnel et l'identité des patients concernés.

Cet entretien fait l'objet d'un compte-rendu qui est adressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au professionnel de santé dans un délai de quinze jours. A compter de sa réception, le professionnel de santé dispose d'un délai de quinze jours pour renvoyer ce compte-rendu signé, accompagné d'éventuelles réserves. A défaut, il est réputé approuvé.

Article D315-3

A l'expiration des délais prévus au second alinéa de l'article D. 315-2 ou, à défaut, à l'expiration du délai d'un mois mentionné à l'article R. 315-1-2, la caisse informe dans un délai de trois mois le professionnel de santé des suites qu'elle envisage de donner aux griefs initialement notifiés. A défaut, la caisse est réputée avoir renoncé à poursuivre le professionnel de santé contrôlé.

Article D315-4

Pour l'application du 1° du II de l'article L. 315-1, le délai dont dispose l'assuré pour demander à sa caisse d'assurance maladie de saisir le service du contrôle médical est fixé à dix jours francs à compter de la notification de la décision de suspension des indemnités journalières. Le délai dont dispose le service du

contrôle médical pour se prononcer sur cette demande est fixé à quatre jours francs à compter de la réception de la saisine de l'assuré.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 1 : Dispositions générales

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 2 : Prestations en nature

Section 1 : Participation de l'assuré.

Section 2 : Frais de déplacement de l'assuré - Frais de transport

Section 3 : Dispositions diverses

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 3 : Prestations en espèces.

Article D323-1

Bénéficiaire de la prise en charge des indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1 les assurés sociaux auxquels a été accordée une prise en charge pour cure thermale, après accord préalable de l'organisme d'assurance maladie dont ils relèvent, lorsque le total des ressources mensuelles de toute nature de l'assuré, de son conjoint ou de la personne vivant maritalement avec lui, de ses enfants à charge et de ses ascendants vivant au foyer de manière habituelle et se trouvant au moins en partie à la charge de l'assuré est inférieur au montant du plafond mensuel prévu par l'article L. 241-3, ce chiffre étant majoré de 50 p. 100 pour le conjoint ou la personne vivant maritalement avec l'assuré et de 50 p. 100 pour chacun de ses enfants, des ascendants et des autres ayants droit à charge au sens des dispositions de l'article L. 161-1.

Article D323-2

En cas d'envoi à la caisse primaire d'assurance maladie de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail au-delà du délai prévu à l'article R. 321-2, la caisse informe l'assuré du retard constaté et de la sanction à laquelle il s'expose en cas de nouvel envoi tardif dans les vingt-quatre mois suivant la date de prescription de l'arrêt considéré.

En cas de nouvel envoi tardif, sauf si l'assuré est hospitalisé ou s'il établit l'impossibilité d'envoyer son avis d'arrêt de travail en temps utile, le montant des indemnités journalières afférentes à la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date d'envoi est réduit de 50 %.

Article D323-3

En cas d'interruption de travail de plus de trois mois, le médecin-conseil peut, à son initiative ou à celle du médecin traitant, saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail.

Lorsqu'il saisit le médecin du travail à son initiative, le médecin-conseil en informe préalablement le médecin traitant.

Dans tous les cas, l'assuré est également informé.

Dans le cadre de ses missions, le médecin du travail, après l'examen médical de préreprise mentionné à l'article R. 241-51 du code du travail, organisé avec l'accord de l'intéressé, communique au médecin-conseil, sous vingt jours à compter de la réception de sa saisine, les éléments pertinents à prendre en compte par ce dernier dans l'exercice de ses missions, notamment celles mentionnées aux articles L. 315-1, L. 315-2, L. 323-3 et L. 341-1 du code de la sécurité sociale, afin de préparer le retour à l'emploi.

Article D323-4

Pour l'application de l'article L. 323-7, lorsqu'une interruption de travail intervient dans un délai de dix jours francs à compter d'une décision de suspension des indemnités journalières, le service de ces indemnités est subordonné à un avis du service du contrôle médical. Ce service rend son avis dans un délai de quatre jours francs à compter de la date de réception de l'avis d'arrêt de travail.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 4 : Affections de longue durée.

Article D324-1

Le médecin atteste qu'il a pris connaissance du protocole de soins et que ses prescriptions figurant sur l'ordonnance prévue à l'article R. 161-45 sont conformes au protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 2 : Assurance maladie

Chapitre 5 : Dispositions particulières aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Section 1 : Dispositions générales relatives au régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Article D325-1

Le régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, régime obligatoire et complémentaire du régime général, assure à ses bénéficiaires des prestations légales servies en complément du régime général en application des 1°, 2° et 4° de l'article L. 160-8 pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré conformément à l'article R. 160-5. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4.

Article D325-1-1

Les titulaires d'un avantage vieillesse remplissant les conditions fixées aux 9° et 11° de l'article L. 325-1 sont avisés par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou la caisse générale de sécurité sociale qui instruit ou liquide l'avantage vieillesse du régime général qu'ils remplissent les conditions d'ouverture de droits au régime local d'assurance maladie.

Article D325-1-2

Les titulaires d'un avantage vieillesse remplissant les conditions fixées au 10° de l'article L. 325-1 peuvent faire une demande d'affiliation au régime local d'assurance maladie dans le délai d'un an à compter de la date de l'attribution de l'avantage vieillesse.

Article D325-1-3

Les personnes mentionnées à l'article D. 325-1-2 adressent leur demande à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou à la caisse générale de sécurité sociale qui instruit ou liquide l'avantage vieillesse du régime général.

Celle-ci leur délivre un récépissé de la demande, puis la transmet à la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle en application des dispositions prévues au troisième alinéa de l'article R. 351-34.

Article D325-1-4

Le caractère irrévocable de l'affiliation au régime local d'assurance maladie prend effet, selon le cas, à la date d'envoi du courrier ou du récépissé mentionné à l'article D. 325-1-1 ou à la date de réception de la demande par la caisse mentionnée au premier alinéa de l'article D. 325-1-3.

Article D325-2

Le régime local peut disposer, dans les conditions prévues par le code de la mutualité, des dons et legs qu'il a reçus.

Article D325-3

Le régime local est administré par un conseil d'administration comprenant :

1° Membres délibérants :

- vingt-trois représentants des assurés sociaux désignés par les unions interprofessionnelles départementales du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle des organisations syndicales nationales de salariés représentatives visées au 1° de l'article L. 221-3 ;

Les sièges des représentants des assurés sociaux sont répartis ainsi qu'il suit :

Confédération française démocratique du travail : 7 ;

Confédération générale du travail : 6 ;

Confédération générale du travail-Force ouvrière : 4 ;

Confédération française des travailleurs chrétiens : 4 ;

Confédération française de l'encadrement-CGC : 2 ;

Un nombre de suppléants égal à celui des titulaires est désigné par les mêmes organisations syndicales ;

- une personne qualifiée appartenant à une organisation de salariés désignée par le préfet de région ;
- un représentant de la mutualité désigné par la Fédération nationale de la mutualité française.

2° Membres consultatifs :

- un représentant des associations familiales désigné par l'Union nationale des associations familiales ;
- un médecin-conseil désigné par le médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale de la région de Strasbourg ;
- un représentant désigné par les comités départementaux des retraités et des personnes âgées du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
- le directeur et l'agent comptable du régime local.

3° Trois représentants des employeurs désignés par les unions départementales du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assistent également au conseil d'administration.

Le directeur et l'agent comptable du régime local assistent également aux séances du conseil d'administration et des commissions créées par celui-ci.

Le président du conseil d'administration est élu par les membres délibérant au scrutin secret aux premier et deuxième tours de scrutin, à la majorité absolue des suffrages exprimés, exclusion faite des bulletins blancs ou nuls, au troisième tour à la majorité relative des suffrages exprimés et, en cas de partage des voix, au bénéfice de l'âge. Il est élu pour la durée du mandat des administrateurs.

Les membres du conseil d'administration sont nommés par arrêté du préfet de région pour une durée de six ans renouvelable.

Section 2 : Conseil d'administration

Article D325-4

Le conseil d'administration :

1° Etablit le règlement intérieur du conseil d'administration. Le règlement intérieur est soumis pour approbation au responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 ;

2° Désigne le directeur et l'agent comptable du régime local, choisis parmi les agents en activité des caisses primaires d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de la Moselle, de la caisse de la santé au travail d'Alsace-Moselle ou de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, occupant respectivement des fonctions de directeur ou d'agent comptable ;

3° Peut créer une ou des commissions consultatives dont il définit la composition et les missions ;

4° Détermine la liste des prestations prises en charge par le régime ainsi que leurs taux de remboursement conformément aux dispositions prévues aux articles D. 325-6 et D. 325-7 ;

5° Fixe les taux des cotisations mentionnées aux premier et second alinéas de l'article L. 242-13 dans la limite d'une fourchette de 0,75 p. 100 à 2,5 p. 100 ;

6° Détermine la nature des avantages vieillesse et des autres revenus de remplacement à soumettre à cotisations et les exonérations accordées en cas d'insuffisance de ressources ;

7° Fixe le montant du prélèvement d'équilibre sur les cotisations à la charge des bénéficiaires du régime local, constituant les recettes du fonds de gestion administrative visé au b de l'article D. 325-10 ;

8° Arrête les comptes annuels de résultats présentés par l'agent comptable ;

9° Délibère au moins deux fois par an sur les prévisions financières du régime ;

10° Prend les mesures nécessaires pour assurer l'équilibre financier du régime dans les conditions fixées à l'article D. 325-12 ;

11° Se prononce sur le rapport annuel d'activité présenté par le directeur ainsi que sur les projets de loi et de règlement intéressant les matières de sa compétence ;

12° Fixe annuellement, pour l'application du I de l'article L. 325-2, un état prévisionnel des dépenses et des recettes du fonds de l'assurance maladie visé au a de l'article D. 325-10, d'une part, dans le cadre de l'évolution des dépenses déterminées par la loi du financement de la sécurité sociale et, d'autre part, dans les limites de l'équilibre financier du régime local défini aux articles D. 325-12 à D. 325-14.

L'état prévisionnel des dépenses à la charge du régime local est établi compte tenu :

a) Pour les dépenses hospitalières de la région Alsace et de la région Lorraine, du montant des dotations régionales de ces deux régions déterminées conformément aux dispositions de l'article L. 174-1-1 ;

b) Pour les dépenses de soins de ville de la région Alsace et de la région Lorraine, de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses soins de ville fixé par l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général, mentionné à l'article L. 227-1.

Si les résultats comptables du fonds de l'assurance maladie constatés à la clôture de l'exercice sont excédentaires, tout ou partie de cet excédent peut être affecté par le conseil d'administration à des actions prévues par les articles L. 162-31-1 du présent code et L. 767 du code de la santé publique, dans le cadre des prévisions de dépenses du fonds de l'assurance maladie de l'exercice suivant.

Cette disposition ne peut avoir pour résultat de déroger aux règles relatives au seuil du fonds de réserve fixé au premier alinéa de l'article D. 325-12.

Article D325-5

Les délibérations du conseil d'administration sont soumises au contrôle du responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. Elles lui sont transmises dans les dix jours à compter du jour de la délibération.

Toute délibération contraire à la législation en vigueur et susceptible de porter atteinte à l'équilibre financier du régime local peut être annulée par l'autorité visée à l'alinéa précédent dans un délai d'un mois à compter du jour de sa réception.

Cette autorité peut, en cas d'irrégularités graves, de mauvaise gestion ou de carence du conseil d'administration, suspendre ou dissoudre le conseil et nommer un administrateur provisoire.

Section 3 : Prestations prises en charge par le régime local

Article D325-6

Le régime local peut prendre en charge, selon les taux qu'il détermine et sous réserve des dispositions de l'article D. 325-7 :

1° La participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 160-13 ;

2° Tout ou partie du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, pour tout ou partie du séjour hospitalier, selon des modalités qu'il détermine.

Article D325-7

I.-Sous réserve des cas où, par application de l'article L. 160-14 et du premier alinéa de l'article R. 160-8, l'assuré en est exonéré, la participation de l'assuré aux frais de soins ambulatoires mentionnés au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale et aux frais mentionnés aux articles L. 314-1 et L. 160-8 (2°) est au minimum égale à 10 p. 100.

La prise en charge par le régime local est calculée sur la base des tarifs pris en application du chapitre II du titre VI du livre Ier et des articles L. 165-2 et L. 322-5.

II.-Le conseil d'administration peut instituer une participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation. Cette participation est acquittée par l'assuré directement auprès de l'établissement.

III.-Le conseil d'administration peut décider que la participation minimale de l'assuré prévue au I ne s'applique pas à la prise en charge, par le régime local, des médicaments dans les cas suivants :

- a) Prise en charge des spécialités génériques mentionnées au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;
- b) Prise en charge, sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité prévu à l'article L. 162-16 du présent code, des spécialités relevant de ce tarif ;
- c) Prise en charge de la spécialité de référence si son prix public de vente est au plus égal à celui d'une des spécialités génériques correspondantes.

Le conseil d'administration ne peut pas décider que la participation minimale de l'assuré ne s'applique qu'à une partie des médicaments énumérés aux a, b et c.

Article D325-8

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou privé conventionné, le montant des frais d'hospitalisation à la charge du régime local est réglé directement à l'établissement de soins.

Section 4 : Dispositions relatives à la gestion du risque maladie maternité et des fonds du régime local

Article D325-9

Les opérations de recettes et de dépenses du régime local font l'objet d'une gestion distincte de celle du régime général.

Article D325-10

Le régime local d'assurance maladie comporte les fonds ci-après :

a) Un fonds de l'assurance maladie ;

Les recettes du fonds de l'assurance maladie sont constituées par le produit des cotisations prévues à l'article L. 242-13, par les majorations de retard, par les produits des recours contre tiers exercés en application de l'article L. 376-1 et par les revenus des disponibilités du fonds de réserve. Elles sont encaissées par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Les dépenses du fonds sont constituées par les prestations visées à l'article D. 325-4 (4°). La liquidation des prestations servies par le régime local est assurée par les caisses primaires d'assurance maladie auxquelles sont affiliés les bénéficiaires du régime local ;

b) Un fonds de gestion administrative comportant, en dépenses, les frais de fonctionnement du régime local et alimenté, en recettes, par un prélèvement d'équilibre sur les cotisations. Ce fonds rémunère les services rendus au régime local par les organismes du régime général. Les frais de gestion sont fixés au taux de 0,50 p. 100. Ils s'appliquent aux cotisations encaissées et aux prestations versées ;

c) Un fonds de réserve.

Article D325-11

En fin d'exercice, après l'attribution des dotations prévues à l'article D. 325-10, le conseil d'administration affecte au fonds de réserve le solde disponible du fonds de l'assurance maladie.

Section 5 : Règles relatives à l'équilibre financier du régime local

Article D325-12

Lorsque au 1er octobre les prévisions financières de l'agent comptable, pour l'exercice en cours, font apparaître que le fonds de réserve est inférieur à 8 p. 100 des prestations versées l'année précédente, le conseil d'administration doit, avant le 15 décembre, prendre les mesures nécessaires au rétablissement de l'équilibre financier et à la reconstitution du fonds de réserve.

Le conseil d'administration peut :

I. - Modifier la liste des prestations prises en charge par le régime ou un ou les taux de prise en charge mentionnés à l'article D. 325-6.

II. - Fixer les taux des cotisations mentionnées à l'article L. 242-13 dans les conditions déterminées au 5° de l'article D. 325-4 et, au-delà du taux de 2,5 p. 100 prévu à cet article, proposer au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget un relèvement du ou des taux de cotisations mises à la charge des bénéficiaires du régime local en application de l'article L. 242-13.

Article D325-13

Lorsque, à la clôture des comptes, un déficit est constaté et que les mesures prises conformément aux dispositions de l'article précédent ne paraissent pas de nature à rétablir l'équilibre financier pour l'exercice suivant et à reconstituer le fonds de réserve à hauteur des 8 % des prestations versées l'année précédente, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 saisit le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget, qui prennent au lieu et place du conseil d'administration les mesures réglementaires nécessaires.

Article D325-14

Lorsque le fonds de réserve est supérieur au seuil de 20 p. 100 des prestations versées l'année précédente, le conseil d'administration peut, pour les cotisations mentionnées à l'article L. 242-13, diminuer les taux de cotisations mentionnés à l'article L. 242-13 dans la limite du seuil de 0,75 p. 100 prévu au 5° de l'article D. 325-4. Il peut également proposer au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget une diminution du ou des taux de cotisations mises à la charge des bénéficiaires du régime local, en application de l'article L. 242-13 en deçà du seuil de 0,75 p. 100.

Article D325-15

Les règles d'organisation et de gestion des caisses d'assurance maladie du régime général sont applicables au régime local, sous réserve des dispositions particulières prévues par le présent texte.

Section 6 : Gestion financière

Article D325-16

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale verse mensuellement au régime local, sur son compte externe de disponibilités ouvert dans les conditions fixées par l'article D. 253-30 du code de la sécurité

sociale, un acompte sur les cotisations encaissées par les organismes de recouvrement visés à l'article D. 325-10, calculé à partir de la prévision mensuelle établie annuellement par l'agence centrale et transmise au mois de décembre de chaque année au régime local.

Le versement de l'acompte est effectué par l'agence centrale le 15 de chaque mois ou le premier jour ouvré suivant. La régularisation intervient lors du versement de l'acompte suivant la production de l'état de ventilation mensuel des cotisations établi par l'agence centrale.

Article D325-17

Pour le paiement des prestations visées à l'article D. 325-6, le régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle met à la disposition des caisses primaires d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle les fonds correspondant aux besoins quotidiens de trésorerie.

Un échéancier mensuel prévisionnel des dépenses est établi par chaque caisse primaire visée à l'alinéa précédent et transmis au régime local.

Les caisses primaires confirment quotidiennement au régime local le montant des dépenses à effectuer pour le compte du régime local le jour ouvré suivant. Le régime local fait procéder au virement de ces montants, à partir de son compte externe de disponibilités visé au premier alinéa de l'article D. 325-16.

Article D325-18

Dans tous les départements, à l'exception de ceux visés à l'article D. 325-17, les prestations dues aux bénéficiaires du régime local sont payées par l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie et les caisses générales de sécurité sociale suivant les mêmes modalités que celles prévues pour les prestations du régime général.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés transmet chaque mois au régime local un état retraçant le montant des dépenses effectuées par les organismes visés à l'alinéa précédent au titre du mois écoulé.

Le régime local procède au versement du montant des dépenses payées au plus tard le dernier jour ouvré du mois suivant le paiement des prestations par virement au compte unique de disponibilités courantes ouvert au siège de la Caisse des dépôts et consignations au nom de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale mouvemente le compte courant maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ouvert dans ses écritures pour le montant reçu du régime local.

Article D325-19

Le régime local verse le dernier jour ouvré de chaque mois, par virement au compte unique de disponibilités courantes ouvert au siège de la Caisse des dépôts et consignations au nom de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, un acompte correspondant au douzième de la dotation globale de financement des hôpitaux à la charge du régime local calculé sur la base du dernier exercice connu. L'Agence centrale mouvemente les comptes courants maladie et accidents du travail de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ouverts dans ses écritures pour le montant reçu du régime local.

La régularisation intervient lors de la fixation des montants définitifs dus par chaque régime.

Article D325-20

Le solde disponible du fonds de l'assurance maladie affecté au fonds de réserve visé à l'article D. 325-11 peut faire l'objet de placements en valeur d'Etat, en valeurs garanties par l'Etat, billets de trésorerie ou certificats de dépôts, actions des sociétés d'investissement à capital variable et parts de fonds communs de placements du titre Ier de la loi n° 79-594 du 13 juillet 1979 dont l'objet est limité à la gestion d'un portefeuille d'obligations et titres participatifs inscrits à la cote officielle d'une bourse française de valeurs ou en instance d'inscription, après visa de l'Autorité des marchés financiers et présentation d'une demande tendant à cette inscription.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 3 : Assurance maternité

Chapitre 1er : Dispositions propres à l'assurance maternité

Section 1 : Dispositions générales

Section 2 : Prestations en nature.

Section 3 : Prestations en espèces.

Article D331-1

Les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail, conformément à l'article L. 321-1, à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique.

Article D331-2

La durée de l'arrêt de travail prescrit en application de l'article D. 331-1 ne saurait excéder quinze jours calendaires. La prescription d'un arrêt de travail par une sage-femme n'est pas susceptible de renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai.

Section 4 : Dispositions relatives à l'indemnisation du congé de paternité et d'accueil de l'enfant

Article D331-3

Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 331-8 est fixé à quatre mois à compter de la naissance de l'enfant.

Toutefois le père dont l'enfant est hospitalisé ou qui bénéficie du congé postnatal de maternité dans les conditions prévues à l'article L. 331-6 peut demander le report du délai prévu au précédent alinéa à la fin de l'hospitalisation de l'enfant ou à l'expiration de la durée de congé à laquelle il pouvait prétendre.

Article D331-4

Pour bénéficier de l'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-8, l'assuré doit adresser à l'organisme de sécurité sociale dont il relève la ou les pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et attester de la cessation de son activité professionnelle dans les mêmes conditions que celles applicables à l'indemnité prévue à l'article L. 331-3.

Article D331-5

Pour bénéficier de l'indemnisation mentionnée à l'article L. 331-6, le père, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle doit adresser sa demande à l'organisme de sécurité sociale dont il relève, au moyen d'un imprimé, accompagné le cas échéant de pièces justificatives, dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 3 : Assurance maternité

Chapitre 2 : Dispositions communes à l'assurance maternité et à l'assurance maladie

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 4 : Assurance invalidité

Chapitre 2 : Droits du conjoint survivant.

Article D342-1

La pension d'invalidité de veuve ou de veuf mentionnée à l'article L. 342-1 est égale à 54 p. 100 de la pension principale définie à l'article L. 342-3, dont bénéficiait ou eût bénéficié le défunt.

Article D342-2

La condition d'âge prévue aux articles L. 342-5 et L. 342-6 est de 55 ans.

Article D342-3

Pour l'application des articles L. 342-1 et L. 342-6, le conjoint survivant cumule la pension d'invalidité de veuve ou de veuf ou la pension de vieillesse de veuve ou de veuf avec ses avantages personnels de vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail, notamment ceux qui résultent des articles L. 434-8 et L. 434-9, dans la limite de 52 % du total de ces avantages et de la pension principale dont l'assuré bénéficiait ou eût bénéficié, et qui a servi de base au calcul de l'avantage de réversion.

Toutefois, la limite prévue à l'alinéa ci-dessus ne peut être inférieure à 73 % du montant maximum de la pension de vieillesse du régime général liquidée à l'âge prévu par les 1°, 1° bis, 1° ter de l'article L. 351-8 et aux III et IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010.

L'application des limites prévues aux deux alinéas ci-dessus ne peut conduire à verser une pension d'invalidité de veuve ou de veuf, ou une pension de vieillesse de veuve ou de veuf, supérieure au montant prévu à l'article D. 342-1.

En cas de dépassement de la limite déterminée en application des alinéas précédents, la pension d'invalidité de veuve ou de veuf, ou la pension de vieillesse de veuve ou de veuf, est réduite en conséquence.

La pension ainsi réduite est majorée aux mêmes dates et selon les mêmes taux que les pensions de vieillesse du régime général.

Les opérations de comparaison prévues aux deux premiers alinéas du présent article ne sont effectuées qu'au moment de la liquidation du deuxième avantage.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 1er : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite

Section 1 : Conditions d'âge

Section 2 : Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article D351-1

Pour l'application de l'article L. 161-19, sont assimilées aux périodes de mobilisation ou de captivité mentionnées par cet article les périodes durant lesquelles les requérants ont été engagés volontaires en temps de guerre, combattants volontaires de la Résistance, déportés ou internés résistants ou politiques, réfractaires au service du travail obligatoire, patriotes résistant à l'occupation des départements du Rhin et de la Moselle incarcérés en camps spéciaux ou patriotes réfractaires à l'annexion de fait.

Seules les périodes accomplies postérieurement au 1er septembre 1939 peuvent, au titre de l'article L. 161-19, être assimilées à des périodes d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation de la pension de vieillesse, sous réserve que les intéressés aient ensuite exercé, en premier lieu, une activité au titre de laquelle des cotisations ont été versées au régime général de sécurité sociale.

Pour bénéficier des dispositions susmentionnées, les intéressés doivent apporter la preuve qu'ils ont été mobilisés ou prisonniers de guerre ou qu'ils se sont trouvés dans l'une des situations énumérées ci-dessus, au moyen de la production des pièces prévues par l'article 3 de l'arrêté du 9 septembre 1946 ou, éventuellement, d'une attestation délivrée par le ministère ou l'office national des anciens combattants.

Article D351-1-1

I.-L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, en application de l'article L. 351-1-1, à soixante ans, pour les assurés qui justifient d'une durée d'assurance cotisée, entendue comme la durée

d'assurance accomplie dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires et ayant donné lieu à cotisations à leur charge, au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et qui ont débuté leur activité avant l'âge de vingt ans.

II.-L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, en application de l'article L. 351-1-1, pour les assurés qui justifient d'une durée d'assurance cotisée, entendue comme la durée d'assurance accomplie dans le régime général et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires et ayant donné lieu à cotisations à leur charge, au moins égale aux seuils définis ci-après :

A.-Pour les assurés nés en 1952 :

A cinquante-neuf ans et quatre mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-sept ans ;

B.-Pour les assurés nés en 1953 :

1° A cinquante-six ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de huit trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-huit ans et quatre mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de quatre trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A cinquante-neuf ans et huit mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-sept ans ;

C.-Pour les assurés nés en 1954 :

1° A cinquante-six ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de huit trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-huit ans et huit mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de quatre trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

D.-Pour les assurés nés en 1955 :

1° A cinquante-six ans et quatre mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de huit trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-neuf ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de quatre trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

E.-Pour les assurés nés en 1956 :

1° A cinquante-six ans et huit mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de huit trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-neuf ans et quatre mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de quatre trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

F.-Pour les assurés nés en 1957 :

1° A cinquante-sept ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de huit trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A cinquante-neuf ans et huit mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

G.-Pour les assurés nés en 1958 :

A cinquante-sept ans et quatre mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de huit trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

H.-Pour les assurés nés en 1959 :

A cinquante-sept ans et huit mois pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de huit trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

I.-Pour les assurés nés à compter du 1er janvier 1960 :

A cinquante-huit ans pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à celle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 majorée de huit trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans.

Article D351-1-2

I.-Pour l'appréciation de la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré mentionnée à l'article D. 351-1-1, sont réputées avoir donné lieu à cotisations :

1° Les périodes de service national, à raison d'un trimestre par période d'au moins quatre-vingt-dix jours, consécutifs ou non, dans la limite de quatre trimestres. Lorsque cette période couvre deux années civiles, elle peut être affectée à l'une ou l'autre de ces années, la solution la plus favorable étant retenue ;

2° Les périodes comptées comme périodes d'assurance en application des 1° et 5° au titre de l'incapacité temporaire de l'article R. 351-12, dans la limite de quatre trimestres ;

3° Les périodes comptées comme périodes d'assurance en application des b et c du 4° de l'article R. 351-12, dans la limite de quatre trimestres ;

4° Les périodes comptées comme périodes d'assurance en application du 2° de l'article R. 351-12 ;

5° Les périodes comptées comme périodes d'assurance en application du 3° de l'article R. 351-12, dans la limite de deux trimestres ;

6° Les trimestres de majoration de durée d'assurance acquis au titre de l'article L. 351-6-1.

II.-Sont également réputées avoir donné lieu à cotisations les périodes accomplies dans les autres régimes obligatoires et réputées comme telles en application du présent article ou des dispositions réglementaires ayant le même objet, selon les conditions propres à chacun de ces régimes.

Pour l'application de chacune des limites prévues aux 1°, 2°, 3° et 5° du I, il est tenu compte des trimestres réputés cotisés auprès de l'ensemble des régimes obligatoires, au titre de ces mêmes dispositions ou des dispositions réglementaires ayant le même objet et se rapportant, respectivement, aux périodes de même nature.

Le nombre de trimestres ayant donné lieu à cotisations ou réputés tels ne peut excéder quatre pour une même année civile.

Article D351-1-3

Pour l'application de la condition de début d'activité mentionnée à l'article D. 351-1-1, sont considérés comme ayant débuté leur activité avant l'âge de seize, dix-sept, ou vingt ans les assurés justifiant :

1° D'une durée d'assurance d'au moins cinq trimestres à la fin de l'année au cours de laquelle est survenu, respectivement, leur seizième, dix-septième ou vingtième anniversaire ;

2° S'ils sont nés au cours du quatrième trimestre et ne justifient pas de la durée d'assurance prévue au 1° du présent article, d'une durée d'assurance d'au moins quatre trimestres à la fin de l'année au cours de laquelle est survenu, respectivement, leur seizième, dix-septième ou vingtième anniversaire.

Article D351-1-4

La majoration prévue à l'article L. 351-1-2 pour la période d'assurance accomplie après l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 et au-delà de la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 est égale, pour chaque trimestre accompli à compter du 1er janvier 2004 et avant le 1er janvier 2009, à :

1° 0,75 % du premier au quatrième trimestre ;

2° 1 % au-delà du quatrième trimestre ;

3° ou, quel que soit son rang, 1,25 % pour chaque trimestre accompli après le soixante-cinquième anniversaire de l'assuré.

La majoration est égale à 1,25 % pour chaque trimestre accompli à compter du 1er janvier 2009.

Pour l'application du présent article, il est retenu au titre de l'année au cours de laquelle l'assuré a atteint l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 ou soixante-cinq ans un nombre de trimestres égal au nombre de trimestres civils entiers suivant celui au cours duquel cet âge a été atteint.

La durée d'assurance prise en compte au-delà de la limite mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 ne peut excéder quatre trimestres par année.

La majoration prévue au présent article est calculée avant la majoration prévue à l'article L. 351-12.

Article D351-1-5

I.-L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé, en application de l'article L. 351-1-3 :

1. A cinquante-cinq ans pour les assurés handicapés qui ont accompli dans le régime général, et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à celle prévue à l'article D. 351-1-6 ou avaient été reconnus travailleurs handicapés au sens de l'article L. 5213-2 du code du travail avant le 1er janvier 2016 et en prenant en compte, dans ce dernier cas, les périodes d'assurance antérieures à cette date, une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 diminuée de 40 trimestres et une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cette même limite diminuée de 60 trimestres ;

2. A cinquante-six ans pour ceux qui ont accompli, dans les conditions prévues au 1°, une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 diminuée de 50 trimestres et une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cette même limite diminuée de 70 trimestres ;

3. A cinquante-sept ans pour ceux qui ont accompli, dans les conditions prévues au 1°, une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 diminuée de 60 trimestres et une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cette même limite diminuée de 80 trimestres ;

4. A cinquante-huit ans pour ceux qui ont accompli, dans les conditions prévues au 1°, une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 diminuée de 70 trimestres et une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cette même limite diminuée de 90 trimestres ;

5. A cinquante-neuf ans pour ceux qui ont accompli, dans les conditions prévues au 1°, une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite fixée en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 351-1 diminuée de 80 trimestres et une durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cette même limite diminuée de 100 trimestres.

II.-Pour l'application de la majoration de pension prévue à l'article L. 351-1-3, la pension est augmentée à proportion d'un nombre égal au tiers du quotient formé par la durée d'assurance dans le régime accomplie alors que l'assuré justifiait du taux d'incapacité permanente prévu au même article ou avait été reconnu travailleur handicapé au sens de l'article L. 5213-2 du code du travail avant le 1er janvier 2016 et en prenant en compte, dans ce dernier cas, les périodes d'assurance antérieures à cette date, et ayant donné lieu à cotisations à sa charge, d'une part, et la durée d'assurance accomplie dans le régime au sens du troisième alinéa de l'article L. 351-1, d'autre part. Ce nombre est arrondi, le cas échéant, au centième le plus proche.

L'application de cette majoration ne peut avoir pour effet de porter la pension à un montant supérieur à celui qu'elle aurait atteint, sans cette majoration, dans le cas d'une durée d'assurance dans le régime égale à la limite mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

La pension majorée en application des alinéas précédents est portée, le cas échéant, au montant minimum mentionné à l'article L. 351-10.

Article D351-1-6

Le taux d'incapacité permanente prévu à l'article L. 351-1-3 est celui fixé au deuxième alinéa de l'article D. 821-1.

L'assuré qui demande le bénéfice des dispositions de l'article L. 351-1-3 produit, à l'appui de sa demande, les pièces justifiant de la décision relative à son taux d'incapacité permanente prononcée par les maisons départementales des personnes handicapées prévues à l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des pièces justificatives et documents permettant d'attester du taux d'incapacité requis ou de l'existence de situations équivalentes du point de vue de l'impact des altérations fonctionnelles de la personne concernée, qu'il définit.

Article D351-1-7

Le taux prévu à l'article L. 351-4-2 est égal ou supérieur à 80 %. Il est apprécié d'après le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire).

Article D351-1-8

Pour l'application de l'article L. 351-1-4, l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 est abaissé à soixante ans.

Article D351-1-9

Le taux d'incapacité permanente mentionné au I de l'article L. 351-1-4 est fixé à 20 %. Ce taux peut être atteint par l'addition de plusieurs taux d'incapacité permanente reconnus à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, sous réserve qu'un taux d'incapacité permanente au moins égal à 10 % ait été reconnu au titre d'une même maladie professionnelle ou d'un même accident du travail.

Article D351-1-10

I. # Le taux d'incapacité permanente mentionné au 1° du III de l'article L. 351-1-4 est fixé à 10 %. Ce taux doit être atteint au titre d'une même maladie professionnelle ou d'un même accident du travail.

II. # La durée d'exposition mentionnée au 2° du III de l'article L. 351-1-4 est fixée à dix-sept ans.

Article D351-1-11

I. # Il est constitué une commission pluridisciplinaire mentionnée au dernier alinéa du III de l'article L. 351-1-4 pour chaque caisse chargée de la liquidation des pensions de retraite du régime général.

La commission pluridisciplinaire compétente est celle de la caisse chargée d'apprécier la demande de pension de retraite en application de l'article R. 173-3-1.

II. # La commission pluridisciplinaire comprend :

1° Le directeur de la caisse chargée de la liquidation des pensions de retraite du régime général ou son représentant intervenant au titre de l'assurance vieillesse ;

2° Le médecin-conseil régional mentionné à l'article R. 315-3 ou un médecin-conseil de l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés qu'il désigne pour le représenter ;

3° L'ingénieur-conseil chef du service de prévention de la caisse mentionnée à l'article L. 215-1 ou à l'article L. 215-3, ou son représentant ;

4° Le professeur des universités-praticien hospitalier ou le praticien hospitalier mentionnés au 3° de l'article D. 461-27, ou leur représentant ;

5° Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, ou son représentant.

En tant que de besoin, la commission pluridisciplinaire peut recueillir l'avis du médecin inspecteur régional du travail mentionné à l'article L. 8123-1 du code du travail ou, à défaut, d'un médecin du travail désigné par le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

L'assuré peut être, à son initiative ou à celle de la commission, entendu par la commission pluridisciplinaire. Il peut se faire assister par une personne de son choix.

Le secrétariat de la commission pluridisciplinaire est assuré par la caisse chargée de la liquidation des pensions de retraite du régime général.

Les membres de la commission pluridisciplinaire sont astreints au secret professionnel. Ils sont remboursés de leurs frais de déplacement. Le membre mentionné au 4° perçoit pour sa participation aux travaux de la commission une rémunération dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Article D351-1-12

La commission pluridisciplinaire se prononce au vu d'un dossier comprenant :

1° La notification de rente prévue à l'article R. 434-32 et la notification de la date de consolidation prévue à l'article R. 433-17 ;

2° Les justifications apportées par l'assuré quant aux conditions mentionnées aux 2° et 3° du III de l'article L. 351-1-4, reposant sur tout document à caractère individuel remis à celui-ci dans le cadre de son activité professionnelle et attestant de cette activité, notamment les bulletins de paie, contrats de travail et tout document comportant des informations relatives à l'exposition aux risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail.

Sous-section 2 : Bénéficiaires de l'indemnité de soins aux tuberculeux

Section 3 : Pension pour inaptitude au travail

Section 4 : Dispositions propres à certaines catégories d'assurés

Section 5 : Taux et montant de la pension.

Article D351-2

Bénéficiaire du "taux plein" même s'ils ne justifient pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général ou un ou plusieurs autres régimes obligatoires, les anciens prisonniers de guerre ou les anciens combattants titulaires de la carte du combattant, lorsque, sur leur demande, leur pension est liquidée avant l'âge de soixante-cinq ans et à partir de :

1°) soixante-quatre ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de six à dix-sept mois ;

2°) soixante-trois ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de dix-huit à vingt-neuf mois ;

3°) soixante-deux ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de trente à quarante et un mois ;

4°) soixante et un ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de quarante-deux à cinquante-trois mois ;

5°) soixante ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été d'au moins cinquante-quatre mois et pour les anciens prisonniers de guerre évadés justifiant d'une captivité d'au moins six mois ou rapatriés pour maladie.

Le temps de captivité prévu au deuxième alinéa de l'article L. 351-8 au-delà duquel les anciens prisonniers de guerre évadés peuvent choisir le régime le plus favorable est fixé à cinq mois.

Pour bénéficier de ces dispositions, les intéressés devront justifier de la durée de leur captivité et de leurs services militaires en temps de guerre, dans les forces françaises ou alliées, au moyen de la production de leur livret militaire ou d'une attestation délivrée par l'autorité militaire compétente ou par le ministère ou l'office national des anciens combattants.

Article D351-2-1

Le montant minimum auquel est portée, lors de sa liquidation, la pension de vieillesse au taux plein en application de l'article L. 351-10 est fixé à 6 958,21 euros par an au 1er janvier 2008.

Seuls peuvent bénéficier de l'intégralité du montant minimum les titulaires d'une pension de vieillesse correspondant à une durée d'assurance accomplie dans le régime général de sécurité sociale au moins égale à la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1 applicable à l'assuré.

Lorsque cette durée est inférieure à la limite prévue à l'alinéa précédent, le montant minimum est réduit au prorata du nombre de trimestres d'assurance effectivement accomplis rapporté à ladite limite.

Sous réserve de la condition prévue à la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 351-10, ce montant minimum est majoré au titre des périodes ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, de façon à atteindre 7 603,41 euros par an au 1er janvier 2006 lorsque le total de ces périodes est supérieur ou égal à la

limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1 applicable à l'assuré. Il est éventuellement réduit dans les conditions prévues au troisième alinéa du présent article.

Les montants prévus aux alinéas précédents sont revalorisés aux mêmes dates et dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pensions de vieillesse par l'article L. 161-23-1.

Au montant minimum déterminé s'ajoutent, le cas échéant, les bonifications, majorations et rentes mentionnées au deuxième et au troisième alinéa de l'article L. 351-10. La majoration prévue à l'article L. 351-1-2 est calculée sur la base du montant de pension avant qu'il ne soit porté au montant minimum.

Article D351-2-2

La durée d'assurance minimale ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré prévue à la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 351-10 est fixée à 120 trimestres.

Pour apprécier la durée d'assurance minimale visée au précédent alinéa, le nombre de trimestres retenu au titre de chaque année civile ne peut être supérieur à quatre.

Section 6 : Majorations pour enfants. Majorations pour conjoint à charge. Autres majorations

Section 7 : Liquidation. Entrée en jouissance

Section 8 : Rachat

Article D351-3

La faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 351-14-1 est ouverte aux personnes âgées d'au moins vingt ans et de moins de soixante-sept ans à la date à laquelle elles présentent la demande de versement, dont la pension de retraite dans le régime général de sécurité sociale n'a pas été liquidée à cette date et qui n'ont pas déjà obtenu la prise en compte, au titre de demandes antérieures, de douze trimestres par l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale en application de cet article.

Article D351-4

Pour exercer la faculté de versement mentionnée à l'article D. 351-3, l'intéressé présente une demande comportant, à peine d'irrecevabilité :

1° La mention de l'option prévue à l'article D. 351-7 et de l'échelonnement choisi en application de l'article D. 351-11 ou du IV de l'article D. 351-14-1 ;

2° Les mentions et pièces justificatives permettant d'identifier l'intéressé et d'apprécier ses revenus au regard des seuils fixés au 3° de l'article D. 351-8 ;

3° Les mentions et pièces justificatives permettant de déterminer les périodes au titre desquelles elle est présentée ;

4° Les mentions et pièces justificatives permettant d'apprécier la situation de l'intéressé au regard des conditions mentionnées au 1° du I de l'article L. 351-14-1, relatives à l'obtention du diplôme ou à la scolarité assimilée à l'obtention d'un diplôme et à l'affiliation au régime, et au regard des conditions posées au II du même article, relatives au caractère initial de la formation et au respect du délai de présentation de la demande.

La liste de ces mentions et pièces justificatives est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ainsi que, s'agissant de l'enseignement et des revenus agricoles, du ministre chargé de l'agriculture.

Pour l'application du 1° du I de l'article L. 351-14-1, la demande adressée au régime général de sécurité sociale n'est recevable par ce régime que s'il est le premier régime où l'assuré a été affilié et où a été validé au moins un trimestre postérieurement à l'obtention du diplôme afférent à la période d'étude mentionnée dans la demande ou à l'issue de la scolarité assimilée à l'obtention d'un diplôme.

Pour l'application du 2° du I de l'article L. 351-14-1, la demande adressée au régime général est recevable par ce régime dès lors qu'un report de salaire au compte de l'assuré a été effectué ou une période assimilée ou une période reconnue équivalente à une période d'assurance a été validée au titre de l'année considérée.

La demande est adressée à la caisse chargée de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale dans le ressort de laquelle se trouve la résidence de l'assuré ou, en cas de résidence à l'étranger, la caisse dont il relevait lors du dernier report de salaire à son compte.

Article D351-5

La demande de versement prévue à l'article D. 351-4 est prise en compte pour un nombre entier de trimestres.

Pour l'application du présent article aux demandes afférentes aux périodes visées au 1° du I de l'article L. 351-14-1, est considérée comme égale à un trimestre toute période de quatre-vingt-dix jours successifs au cours de laquelle l'intéressé a eu soit la qualité d'élève d'un établissement, école ou classe mentionné au premier alinéa du I de l'article L. 351-14-1 et ayant conduit à l'obtention d'un diplôme, soit la qualité d'élève d'une grande école ou d'une classe préparatoire à une grande école.

Lorsque la période de quatre-vingt-dix jours couvre deux années civiles successives, elle peut être considérée comme ayant été effectuée au cours de l'une ou l'autre de ces années, dans la limite prévue à l'article D. 351-6.

Article D351-6

La prise en compte du versement effectué en application des dispositions de l'article L. 351-14-1 ne peut avoir pour effet de porter à plus de quatre le nombre de trimestres d'assurance au titre d'une même année civile pris en compte par le régime général de sécurité sociale.

Article D351-7

Le versement est pris en compte, au choix de l'assuré :

1° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 351-27, sans que le versement soit pris en compte dans la durée d'assurance mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1 ;

2° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 351-27 et pour être pris en compte dans la durée d'assurance mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Le choix de l'assuré est exprimé dans la demande et est irrévocable.

Article D351-8

I.-En vue d'assurer la neutralité actuarielle du versement prévue à l'article L. 351-14-1, le montant du versement à effectuer au titre de chaque trimestre est égal, pour un âge donné, à la valeur, actualisée à l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande et majorée d'un coefficient forfaitaire représentatif des avantages de réversion, de la différence entre :

1° Si le versement est effectué au titre du 1° de l'article D. 351-7, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée mensuellement, à terme échu, à l'âge de soixante-deux ans, calculée sur la base d'un salaire annuel moyen déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 351-29 et égal, pour chacune des années prises en compte, au salaire défini au 3° du présent article et liquidée au taux de 50 % et, d'autre part, la somme actualisée de cette même pension liquidée au taux de 50 % minoré de 0, 625 point, cette différence étant multipliée par un rapport fixé à 171/172 ;

2° Si le versement est effectué au titre du 2° de l'article D. 351-7, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée mensuellement, à terme échu, à l'âge de soixante-deux ans, et calculée sur la base d'un salaire annuel moyen déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 351-29 et égal, pour chacune des années prises en compte, au salaire défini au 3° du présent article et liquidée à un taux égal à 50 %, et, d'autre part, la somme actualisée de cette même pension liquidée au taux de 50 % minoré de 0, 625 point et multipliée par un rapport fixé à 171/172 .

3° Pour l'application des 1° et 2° du I du présent article, la pension de référence est déterminée en fonction de la moyenne annuelle du total des salaires et des revenus d'activité non salariée perçus par l'assuré au cours des trois dernières années. Le salaire ou revenu annuel moyen pris en compte est égal à :

a) Lorsque la moyenne annuelle mentionnée au premier alinéa du présent 3° n'excède pas une limite fixée à 75 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, à 75 % de la valeur moyenne des plafonds annuels actualisés afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle il atteindra l'âge de soixante-deux ans ;

b) Lorsque la moyenne annuelle mentionnée au premier alinéa du présent 3° est supérieure à 75 % et n'excède pas 100 % du montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-1 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, au produit de cette moyenne annuelle par le rapport entre, d'une part, la valeur moyenne des plafonds annuels actualisés afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle il atteindra l'âge de soixante-deux ans et, d'autre part, le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande ;

c) Lorsque la moyenne annuelle mentionnée au premier alinéa du présent 3° excède le montant annuel du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré

présente sa demande, à la valeur moyenne des plafonds annuels actualisés afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle il atteindra l'âge de soixante-deux ans.

4° Pour l'application du 3° du I du présent article :

a) Sont pris en compte, pour les demandes de versement présentées au cours d'une période allant du 1er juillet d'une année au 30 juin de l'année suivante, les salaires et revenus d'activité non salariée perçus au cours de chacune des trois années civiles précédant celle où débute cette période, soumis à cotisations de sécurité sociale et non limités au plafond mentionné à l'article L. 241-3 ;

b) Les salaires et revenus mentionnés au premier alinéa du 3° du I du présent article sont revalorisés des coefficients applicables aux salaires pris en compte pour le calcul des pensions intervenus depuis l'année considérée et jusqu'à l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande ;

c) La moyenne annuelle des salaires et revenus mentionnés au premier alinéa du 3° du I du présent article est calculée sur la ou les années au cours desquelles l'assuré a perçu de tels salaires ou revenus ;

d) Lorsque l'assuré n'a perçu aucun des salaires et revenus mentionnés au premier alinéa du 3° du I du présent article au cours des trois dernières années, la pension de référence est déterminée selon les modalités prévues au a dudit 3°.

II.-L'actualisation prévue au premier alinéa du I du présent article est effectuée en appliquant un taux décroissant en fonction de l'âge de l'assuré, apprécié à la date à laquelle il présente sa demande, selon les modalités suivantes :

a) 4 % pour les assurés âgés de moins de vingt-quatre ans ;

b) Le taux prévu à l'alinéa précédent diminué de 0,05 point par année d'âge à partir de l'âge de vingt-quatre ans ;

c) 2,05 % pour les assurés âgés de soixante-deux ans.

Les modalités d'actualisation des sommes mentionnées au présent article sont fixées à l'article D. 351-9. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget précise, pour chaque année, le barème des versements applicables aux assurés atteignant au moins vingt ans et moins de soixante-sept ans au cours de cette année. A défaut de publication de cet arrêté avant le 1er janvier d'une année, demeure applicable pour cette année le barème de l'année précédente.

Pour les assurés âgés de plus de soixante-deux ans l'année au cours de laquelle ils présentent leur demande, le montant du versement est déterminé sur la base du barème applicable pour les assurés âgés de soixante-deux ans et diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

Article D351-9

Pour l'application de l'article D. 351-8, la valeur d'un trimestre est déterminée sur la base des paramètres et en application des formules suivantes :

1° La valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale prise en compte pour chacune des années postérieures à l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande est obtenue par l'application d'une majoration de 1,8 % au montant de l'année précédente et la valeur annuelle ou, le cas échéant, la valeur annuelle moyenne des plafonds applicables pour chacune des années antérieures à cette même année est revalorisée par

application des coefficients applicables aux salaires pris en compte pour le calcul de la pension intervenus jusqu'à cette même année ;

2° Le coefficient forfaitaire mentionné au premier alinéa de l'article D. 351-8, représentatif du rapport entre le montant des avantages de réversion et celui des avantages de droit direct de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, est fixé à 10 % ;

3° Les coefficients viagers pris en compte dans la formule ci-après sont déterminés à partir des tables de mortalité applicables aux institutions de prévoyance pour les contrats de rente viagère et homologuées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ;

4° La valeur d'un trimestre est déterminée, selon l'option prévue à l'article D. 351-7, par l'application de la formule suivante :

a) Au titre du 1° de l'article D. 351-7 :

$$P \times 50 \% \times C \times (1 - 1 / D) \times E \times (1 + 10 \%)$$

b) Au titre du 2° de l'article D. 351-7 :

$$P \times 50 \% \times [1 - (1 - C) \times (1 - 1 / D)] \times E \times (1 + 10 \%)$$

où :

P est égal :

a) Dans le cas prévu au a du 3° du I de l'article D. 351-8, à 75 % de la valeur moyenne des plafonds annuels revalorisés selon les modalités prévues au 1° du présent article et afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de soixante-deux ans ;

b) Dans le cas prévu au b du 3° du I de l'article D. 351-8, au produit de la moyenne annuelle des salaires et revenus d'activité mentionnés au premier alinéa dudit 3° par le rapport entre, d'une part, la valeur moyenne des plafonds annuels revalorisés selon les modalités prévues au 1° du présent article et afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de soixante-deux ans et, d'autre part, le montant annuel du plafond en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande ;

c) Dans le cas visé au c du 3° du I de l'article D. 351-8, à la valeur moyenne des plafonds annuels revalorisés selon les modalités prévues au 1° du présent article et afférents aux vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de soixante-deux ans ;

C est le coefficient de minoration fixé à 1,25 % ;

D est la durée maximale d'assurance fixée à 172 trimestres ;

E est le terme actuariel défini comme correspondant à la rente viagère mensuelle à terme échu égale à une unité pour un intéressé d'âge B et un différé égal à A-B, déterminé selon la formule suivante :

(Formule non reproduite)

où :

i est le taux d'actualisation fixé en application de l'article D. 351-8 ;

k est un coefficient dont la valeur varie de 0 à 55 ;

A est l'âge de référence fixé à soixante-deux ans ;

B est l'âge atteint par l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande ;

L (A + k) est l'effectif à l'âge (A + k) de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° ci-dessus ;

L (A) est l'effectif à l'âge de soixante ans de la génération à laquelle appartient l'assuré indiqué par les tables mentionnées au 3° ci-dessus ;

L (B) est l'effectif à l'âge B de la génération à laquelle appartient l'assuré indiqué par les tables mentionnées au 3° ci-dessus.

Article D351-10

Le montant du versement est égal au produit du nombre de trimestres déterminés selon les modalités prévues à l'article D. 351-5, dans la limite de douze trimestres prévue à l'article D. 351-3, par la valeur du trimestre, déterminée selon les modalités prévues à l'article D. 351-8 et compte tenu de l'option choisie par l'intéressé prévue à l'article D. 351-7, de l'âge qu'il a atteint à la date à laquelle il présente sa demande et du taux d'actualisation applicable cette année à cet âge.

Article D351-11

Lorsque la demande porte sur plus d'un trimestre, l'assuré peut opter pour un échelonnement du versement en échéances mensuelles d'égal montant, compte non tenu de la majoration prévue à l'article D. 351-12, et sur une période :

1° D'un an ou de trois ans lorsque la demande de versement porte sur au moins deux et au plus huit trimestres ;

2° D'un an, de trois ans ou de cinq ans lorsque la demande de versement porte sur plus de huit trimestres.

L'assuré indique dans la demande la période sur laquelle il s'engage à effectuer le versement dans la limite de la période visée au 1° ou au 2° du présent article.

Le versement ou, en cas d'échelonnement, le premier versement est effectué au plus tard le dernier jour du deuxième mois suivant l'envoi par la caisse de la décision de son admission au bénéfice du versement.

La date de paiement de chaque échéance mensuelle suivante est fixée au dernier jour de chaque mois suivant celui au cours duquel est survenu le premier paiement.

Pour bénéficier de l'échelonnement du paiement du versement, l'assuré autorise la caisse à effectuer, à la date de chaque échéance mensuelle et pour la période choisie dans la limite fixée au 1° ou au 2° du présent article, un prélèvement sur le compte bancaire ou d'épargne.

Article D351-12

En cas d'échelonnement sur une période de plus de douze mois, le montant de chaque échéance postérieure au dernier jour du onzième mois suivant celui au cours duquel le premier paiement est survenu est majoré par l'application du taux d'évolution prévisionnelle des prix à la consommation, hors tabac, prévu dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour chacune des années au cours desquelles ces paiements doivent être effectués.

Article D351-13

La caisse mentionnée à l'article D. 351-4 indique à l'assuré s'il est admis ou non à effectuer un versement. A défaut d'indication dans le délai de deux mois suivant la réception de la demande, lorsqu'elle est recevable, la demande est réputée rejetée.

En cas d'admission, la caisse indique à l'assuré le nombre de trimestres dont il justifie au cours de chacune des années civiles où se situent les périodes dont il demande la prise en compte, le nombre de trimestres susceptibles de faire l'objet d'un versement au titre de ces périodes, compte tenu des limites fixées en application des articles D. 351-3, D. 351-5 et D. 351-6, le montant du versement correspondant à chaque trimestre en fonction de l'option prévue à l'article D. 351-7 et, le cas échéant, de l'abattement mentionné à l'article D. 351-14-1, le montant total du versement correspondant à l'ensemble de ces trimestres ainsi que le montant et, le cas échéant, la date de paiement de chaque échéance correspondant à l'échelonnement prévu à l'article D. 351-11 ou au IV de l'article D. 351-14-1.

La décision d'admission informe l'assuré de la majoration de ces versements en application des dispositions de l'article D. 351-12. L'assuré est informé de cette majoration au plus tard le 1er décembre de l'année précédant celle à laquelle elle doit être appliquée. Cette information est accompagnée de l'indication du montant de chaque échéance majorée pour l'année considérée.

Article D351-14

Il est mis fin au versement :

1° En cas de non-paiement ou de paiement partiel du versement non échelonné ;

2° En cas d'échelonnement, à défaut de réception de l'autorisation de prélèvement visée à l'article D. 351-11 ou lorsque le premier paiement n'est pas parvenu pour son montant intégral à la caisse à la date fixée par la décision d'admission au bénéfice du versement ou lorsque le paiement de deux échéances mensuelles, successives ou non, n'a pas été intégralement effectué ;

3° Lorsque l'assuré demande la liquidation de sa pension ;

4° En cas de décès de l'assuré.

Sauf dans le cas prévu au 4° du présent article, l'intéressé est informé par la caisse de l'interruption du versement.

Lors de l'interruption du versement, est pris en compte un nombre de trimestres égal au quotient entier du montant des sommes versées par la valeur du trimestre atteinte à la date de l'interruption après application des dispositions de l'article D. 351-12. La fraction du montant versé excédant le produit du nombre de trimestres pris en compte par cette valeur du trimestre est remboursée à l'assuré dans le délai d'un mois suivant celui au cours duquel il a été informé de l'interruption du versement ou, en cas de décès, versé à l'actif successoral.

Il ne peut être présenté de nouvelle demande avant l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date de la notification de l'interruption du versement.

Le versement ne peut être pris en compte avant la date à laquelle le paiement en a été intégralement effectué ou à laquelle il y a été mis fin.

Article D351-14-1

I.-En application du II de l'article L. 351-14-1, le montant du versement à effectuer par l'assuré au titre de chaque trimestre pour la prise en compte des périodes mentionnées au 1° du I du même article, déterminé conformément aux articles D. 351-8 et D. 351-9, est abattu d'un montant forfaitaire lorsque la demande porte sur une période de formation initiale et qu'elle est présentée au plus tard le 31 décembre de la dixième année civile suivant la fin des études auxquelles cette période se rattache.

II.-Le montant forfaitaire prévu au I est égal à :

1° 670 euros par trimestre, lorsque le versement est pris en compte selon les modalités prévues au 1° de l'article D. 351-7 ;

2° 1 000 euros par trimestre, lorsque le versement est pris en compte selon les modalités prévues au 2° de l'article D. 351-7.

III.-Le nombre de trimestres pouvant faire l'objet de l'abattement forfaitaire prévu au I est limité à quatre. Ce seuil est réduit, le cas échéant, du nombre de trimestres ayant fait l'objet d'un versement de cotisations par l'assuré en application de l'article L. 351-17.

IV.-Par dérogation aux seuils mentionnés aux trois premiers alinéas de l'article D. 351-11, l'assuré bénéficiant de l'abattement forfaitaire prévu au I du présent article peut opter pour un échelonnement du versement sur une période d'un, trois ou cinq ans, quel que soit le nombre de trimestres sur lequel porte la demande de versement.

Article D351-14-2

I.-En application du III de l'article L. 351-14-1 et par dérogation aux articles D. 351-8 à D. 351-10, le montant du versement à effectuer par l'assuré pour la prise en compte des années civiles mentionnées au 2° du I du même article, comprises entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 1990 et au cours desquelles l'assuré a exercé une activité d'assistant maternel, est égal, pour chaque trimestre déterminé selon les modalités définies au II du présent article, au produit de la somme des taux de cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, prévues aux deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année de la demande, d'une part, et de 75 % de la valeur trimestrielle du plafond prévu au même article, d'autre part.

Chaque assuré bénéficie des dispositions du présent article au titre de l'ensemble des trimestres déterminés selon les modalités définies au II, sans préjudice de la limite de douze trimestres prévue à l'article D. 351-3.

II.-Pour l'application du présent article, est considérée comme égale à un trimestre toute période, comprise entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 1990, au cours de laquelle l'assuré a exercé une activité d'assistant maternel pendant quatre-vingt-dix jours consécutifs.

Lorsque la période de quatre-vingt-dix jours couvre deux années civiles successives, elle peut être considérée comme ayant été effectuée au cours de l'une ou l'autre de ces années, dans la limite prévue à l'article D. 351-6.

III.-Le versement de l'assuré effectué en application du présent article est uniquement pris en compte, par dérogation à l'article D. 351-7, selon les modalités prévues au 2° du même article.

IV.-La demande de versement effectuée en application du présent article comporte les éléments définis à l'article D. 351-4 à l'exception du choix de l'option prévue à l'article D. 351-7 et des mentions ou pièces justificatives relatives à l'appréciation des revenus de l'assuré ainsi que les mentions et pièces justificatives permettant de démontrer la réalité de l'exercice d'une activité d'assistant maternel.

Article D351-14-3

I.-En application du IV de l'article L. 351-14-1 et par dérogation aux articles D. 351-8 à D. 351-10, le montant du versement à effectuer par l'assuré pour la prise en compte des années civiles mentionnées au 2° du I du même article, au cours desquelles l'assuré était apprenti, est égal, pour chaque trimestre déterminé selon les modalités définies au II du présent article, au produit de la somme des taux de cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, prévues aux deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année de la demande, d'une part, et de 75 % de la valeur trimestrielle du plafond prévu au même article, d'autre part.

Chaque assuré ne peut bénéficier, au titre d'une ou plusieurs demandes, de l'application des dispositions du présent article que pour quatre trimestres au plus, sans préjudice de l'application de la limite de douze trimestres prévue à l'article D. 351-3.

II.-Pour l'application du présent article, est considérée comme égale à un trimestre toute période d'apprentissage, au sens de l'article L. 6211-1 du code du travail, de quatre-vingt-dix jours consécutifs, accomplie dans le cadre d'un contrat conclu entre le 1er juillet 1972 et le 31 décembre 2013.

Lorsque la période de quatre-vingt-dix jours couvre deux années civiles successives, elle peut être considérée comme ayant été effectuée au cours de l'une ou l'autre de ces années, dans la limite prévue à l'article D. 351-6.

III.-Le versement de l'assuré effectué en application du présent article est uniquement pris en compte, par dérogation à l'article D. 351-7, selon les modalités prévues au 2° du même article.

IV.-La demande de versement effectuée en application du présent article comporte les éléments définis à l'article D. 351-4, à l'exception du choix de l'option prévue à l'article D. 351-7 et des mentions ou pièces justificatives relatives à l'appréciation des revenus de l'assuré, ainsi que les mentions et pièces justificatives permettant de démontrer la réalité de la situation d'apprentissage.

Section 9 : Dispositions diverses

Section 10 : Retraite progressive.

Article D351-15

La pension complète mentionnée à l'article L. 351-16 est liquidée dans les conditions de droit commun. Toutefois, elle ne peut être inférieure au montant entier ayant servi de base au calcul de la fraction prévue au premier alinéa de ce même article, le cas échéant revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

Section 11 : Validation des stages en entreprise

Article D351-16

La faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 351-17 est ouverte au titre des périodes de stage mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 124-1 du code de l'éducation ayant donné lieu à la gratification prévue à l'article L. 124-6 du même code et effectuées par des étudiants ou élèves d'un établissement, école ou classe mentionnés à l'article L. 381-4 du présent code.

Ouvre droit à la validation d'un trimestre d'assurance, sous réserve du versement prévu au premier alinéa, toute période de stage dont la durée au sein d'une même entreprise, administration publique, assemblée parlementaire, assemblée consultative, association ou au sein de tout autre organisme d'accueil est égale à deux mois consécutifs ou, au cours d'une même année scolaire ou universitaire, à deux mois consécutifs ou non. Lorsque la période couvre deux années civiles successives, elle peut être considérée comme ayant été effectuée au cours de l'une ou l'autre de ces années.

La demande est formulée dans un délai de deux ans à compter de la date de la fin du stage au titre duquel elle est effectuée.

Article D351-17

Pour exercer la faculté de versement de cotisations mentionnée à l'article D. 351-16, l'intéressé présente une demande comportant, à peine d'irrecevabilité, les mentions et les pièces justificatives permettant de l'identifier, de déterminer les périodes de stage au titre desquelles la demande est présentée et d'apprécier

sa situation au regard des conditions posées à l'article D. 351-16, ainsi que, le cas échéant, la mention de l'échelonnement choisi en application de l'article D. 351-18.

L'intéressé présente, à l'appui de sa demande, la copie de la convention de stage prévue au deuxième alinéa de l'article L. 124-1 du code de l'éducation et la copie de l'attestation de stage mentionnée à l'article D. 124-9 du même code.

La demande est adressée à la caisse chargée de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale dans le ressort de laquelle se trouve la résidence de l'assuré ou, en cas de résidence à l'étranger, la caisse dans le ressort de laquelle la période de stage s'est déroulée.

Article D351-18

Le montant du versement prévu à l'article L. 351-17 est fixé, pour chaque trimestre, à 12 % de la valeur mensuelle du plafond prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle la demande est déposée.

Le versement est pris en compte au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 351-27, sans que le versement ne soit pris en compte dans la durée d'assurance mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Si le total du ou des trimestres correspondant à un versement relatif à une période de stage et de ceux validés par ailleurs par l'assuré au titre d'un ou plusieurs autres régimes de retraite légalement obligatoires excède quatre trimestres pour une année civile considérée, les versements correspondant aux trimestres surnuméraires sont, le cas échéant, interrompus et remboursés à l'assuré, à sa demande. La caisse informe de cette possibilité les assurés concernés au plus tard le 31 décembre de l'année civile suivante.

L'intéressé peut opter pour un échelonnement du versement en échéances mensuelles d'égal montant, sur une période d'un an ou de deux ans selon le choix exprimé, le cas échéant, dans sa demande.

Le versement ou, en cas d'échelonnement, le premier versement, est effectué selon les modalités et conditions prévues aux cinquième, sixième et septième alinéas de l'article D. 351-11, sans qu'il soit fait application de la limite fixée aux 1° et 2° de cet article.

Article D351-19

La caisse mentionnée à l'article D. 351-17 indique à l'assuré s'il est admis ou non à effectuer un versement. A défaut d'indication dans un délai de deux mois suivant la réception de la demande, la demande est réputée rejetée.

Lorsque la demande est accueillie, la caisse indique à l'intéressé le montant total du versement correspondant à la ou aux périodes de stages prises en compte ainsi que, le cas échéant, le montant et la date de paiement de chaque échéance correspondant à l'échelonnement prévu à l'article D. 351-18.

Article D351-20

Il est mis fin à la prise en compte par l'assurance vieillesse des versements de cotisations effectués en application de l'article L. 351-17 dans les cas mentionnés aux 1°, 2° et 4° de l'article D. 351-14. La caisse le notifie alors à l'intéressé, sauf dans le cas prévu au même 4°.

Dans les cas mentionnés au premier alinéa, est pris en compte un nombre de trimestres égal au rapport, arrondi à l'entier inférieur, entre le montant des sommes versées et le montant prévu au premier alinéa de l'article D. 351-18. La fraction du montant versé qui excède le produit du nombre de trimestres correspondant et du montant prévu au premier alinéa de l'article D. 351-18 est remboursée à l'assuré dans un délai d'un mois suivant la notification mentionnée au premier alinéa ou, en cas de décès, versée à l'actif successoral.

Il ne peut être présenté de nouvelle demande avant l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date de la notification mentionnée au premier alinéa du présent article, sans préjudice du délai mentionné au troisième alinéa de l'article D. 351-16.

Le versement de cotisations ne peut être pris en compte avant la date à laquelle le paiement en a été intégralement effectué ou à laquelle il y a été mis fin.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 2 : Service des pensions de retraite

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 3 : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de réversion.

Article D353-1

La pension de réversion prévue aux articles L. 353-1, L. 353-2 et L. 353-3 est égale à 54 % de la pension principale ou rente dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré.

Elle ne peut être inférieure au montant minimum de base prévu au deuxième alinéa de l'article L. 353-1 susmentionné lorsqu'elle correspond à une durée d'assurance d'au moins quinze années (soit soixante trimestres) accomplies dans le régime général. Lorsque cette durée est inférieure à quinze années, le montant minimum de base est réduit à autant de soixantièmes que l'assuré justifiait de trimestres d'assurance. Ce montant minimum de base est revalorisé aux mêmes dates et dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pensions de vieillesse de base par l'article L. 161-23-1.

Lorsqu'un assuré a relevé de deux ou plusieurs des régimes d'assurance vieillesse visés aux articles L. 200-2 et L. 621-3, ainsi qu'à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime, et que le total des périodes d'assurance qu'il a accomplies dans ces régimes représente plus de soixante trimestres, chacun d'eux retient, le cas échéant, le montant du minimum de base au prorata de la durée d'assurance accomplie en son sein sur le total des durées d'assurance accomplies dans ces régimes.

Article D353-1-1

Le plafond annuel de ressources personnelles prévu au premier alinéa de l'article L. 353-1 est fixé à 2 080 fois le montant horaire du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier.

Le plafond annuel de ressources du ménage prévu au même alinéa du même article est fixé à 1,6 fois le plafond fixé à l'alinéa ci-dessus.

Article D353-2

Lorsque la pension de réversion est réduite en application du quatrième alinéa de l'article L. 353-1, la majoration prévue à l'article L. 353-5 l'est dans les mêmes proportions.

Article D353-3

La pension de réversion est attribuée sous réserve que le conjoint de l'assuré décédé ou disparu ait atteint l'âge de cinquante-cinq ans à la date d'effet de la pension.

Article D353-4

Le plafond prévu à l'article L. 353-6 est fixé à 2 400 euros par trimestre à compter du 1er janvier 2010. Ce montant est revalorisé aux dates et dans les conditions prévues pour les pensions de vieillesse par l'article L. 161-23-1.

La majoration prévue à l'article L. 353-6 est égale à 11, 1 % de la pension de réversion.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 4 : Modalités de la demande de pension de réversion

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 6 : Assurance veuvage.

Article D356-1

Ouvrent droit à l'allocation de veuvage prévue à l'article L. 356-1 les assurés qui ont été affiliés trois mois au cours des douze mois précédant celui de leur décès.

Article D356-2

Pour bénéficier de l'allocation de veuvage, le conjoint survivant doit au moment de sa demande remplir les conditions suivantes :

- 1° Résider en France, cette condition n'étant toutefois pas requise du conjoint survivant de l'assuré mentionné au cinquième alinéa de l'article L. 356-1 ;
- 2° Etre âgé de moins de cinquante-cinq ans ;
- 3° Ne pas avoir disposé au cours des trois mois civils précédents de ressources personnelles, telles que définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 356-1, supérieures au plafond fixé par trimestre à 3,75 fois le montant mensuel maximum de l'allocation ;
- 4° Ne pas être remarié, ne pas avoir conclu de pacte civil de solidarité et ne pas vivre en concubinage.

En outre, pour être recevable, la demande doit être déposée dans un délai n'excédant pas la période maximum de versement définie au premier alinéa de l'article D. 356-5.

Article D356-3

Les ressources du conjoint survivant sont appréciées dans les conditions fixées aux articles R. 815-22 à R. 815-25, sous les réserves ci-après :

- 1° Il n'est pas tenu compte :
 - a) Des capitaux décès versés en application de l'article L. 361-1 ;

b) De l'allocation de logement instituée par l'article L. 831-1 ;

c) De la prestation de compensation du handicap prévue par l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

d) De l'aide personnalisée au logement instituée par les articles L. 351-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation ;

2° Les capitaux décès autres que ceux qui sont mentionnés au a du 1° ci-dessus sont censés procurer au conjoint survivant, pendant la période de trois ou cinq ans, selon le cas, à compter du décès, un revenu annuel calculé sur la base du taux d'intérêt servi aux titulaires du livret A, prévu à l'article L. 221-1 du code monétaire et financier, en vigueur au 1er janvier de chaque année ;

3° La rémunération tirée de l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une formation rémunérée ayant commencé en cours de période de versement de l'allocation de veuvage peut être cumulée avec l'allocation pendant une durée de douze mois à compter du premier jour du mois suivant celui de la prise d'activité ou de formation ; tout mois civil ayant donné lieu à une rémunération issue d'une activité même occasionnelle ou d'une formation est pris en compte pour le calcul de cette durée ; les revenus font l'objet d'un abattement de 100 % au cours des trois premiers mois, puis d'un abattement de 50 % pendant les neuf mois suivants ;

Pour les bénéficiaires de l'allocation de veuvage admis au bénéfice des dispositions de l'article L. 5141-1 du code du travail au cours de la période de versement, il n'est pas tenu compte des revenus d'activité professionnelle faisant suite à une création ou une reprise d'entreprise pendant une période de six mois successifs à compter du premier jour du mois suivant la date de la création ou de la reprise d'entreprise.

Pendant les six mois suivants, les revenus procurés par la nouvelle activité sont forfaitairement évalués, par mois, à 38 % du montant mensuel maximum de l'allocation de veuvage et font l'objet d'un abattement de 50 %.

Les bénéficiaires des dispositions des deux alinéas précédents ne peuvent se voir appliquer les dispositions du 3° pour les revenus d'activité professionnelle faisant suite à la création ou à la reprise de ladite entreprise.

Article D356-4

Lorsque le conjoint survivant peut prétendre au revenu de solidarité active majoré prévu à l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles ou à l'allocation aux adultes handicapés et à l'allocation de veuvage, ses droits au regard de l'assurance veuvage sont examinés en premier lieu.

Article D356-5

L'allocation de veuvage est versée mensuellement et à terme échu pendant une période maximum de deux ans à compter du premier jour du mois au cours duquel s'est produit le décès.

Toutefois, lorsque, à la date du décès, le conjoint survivant avait atteint l'âge de cinquante ans, la période prévue à l'alinéa précédent est prolongée jusqu'à ce qu'il ait cinquante-cinq ans.

Article D356-6

Lorsque la demande d'allocation est présentée dans le délai d'un an qui suit le décès du conjoint, le versement de l'allocation prend effet au premier jour du mois au cours duquel s'est produit le décès, sous réserve que le conjoint survivant ait rempli à la date du décès les conditions fixées par l'article D. 356-2.

Dans le cas contraire ou lorsque la demande d'allocation est présentée après l'expiration de la période d'un an suivant le décès du conjoint, le versement de l'allocation prend effet au premier jour du mois au cours duquel ladite demande a été déposée.

Article D356-7

Le montant mensuel de l'allocation de veuvage est fixé à 570,21 € à compter du 1er janvier 2011.

Article D356-8

Lorsque l'assuré décédé relevait du régime général de sécurité sociale, son conjoint survivant adresse sa demande d'allocation de veuvage à la caisse chargée de la liquidation des droits à prestations de vieillesse dans le ressort de laquelle se trouvait le dernier lieu de travail de l'assuré, dans les formes et avec les justifications déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Toutefois, est recevable la demande adressée à une caisse autre que celle du dernier lieu de travail. Dans ce cas, c'est la caisse saisie qui est chargée de l'étude et de la liquidation des droits.

Article D356-9

La personne qui sollicite l'allocation de veuvage est tenue de faire connaître à l'organisme ou service chargé de la liquidation toutes les informations relatives à son âge, sa résidence, sa situation de famille et ses ressources.

Le bénéficiaire de l'allocation est également tenu de faire connaître auxdits organismes tout changement survenu dans l'un ou l'autre des trois derniers éléments.

Les titres ou documents prévus à l'article L. 356-1 sont ceux mentionnés à l'article D. 115-1.

Article D356-10

Un contrôle portant sur le montant des ressources est effectué au moment de la demande. Des contrôles sont effectués ultérieurement au terme de chaque semestre de versement.

Article D356-11

Lorsqu'au cours de la période de versement de l'allocation, le bénéficiaire cesse de remplir l'une des conditions requises, l'allocation cesse d'être due à compter :

1° Soit du premier jour du mois au cours duquel est constatée une modification de sa situation, si celle-ci intervient au regard du 1° de l'article D. 356-2 ;

2° Soit du premier jour du mois suivant celui au cours duquel est constatée la modification de sa situation au regard des cas mentionnés aux 2°, 3° et 4° de l'article D. 356-2.

Article D356-12

Lorsque le versement de l'allocation a été interrompu, le conjoint survivant peut prétendre à son rétablissement à compter :

1° Soit du premier jour du mois au cours duquel il est constaté que la condition est à nouveau remplie, si l'interruption était intervenue au titre du 1° de l'article D. 356-2 ;

2° Soit du premier jour du mois suivant celui au cours duquel il est constaté que les conditions sont à nouveau remplies au regard des cas mentionnés aux 3° et 4° de l'article D. 356-2.

Le rétablissement de l'allocation s'effectue sans préjudice des dispositions fixées en application du troisième alinéa de l'article L. 356-1.

Article D356-13

En cas de décès d'un titulaire de l'allocation de veuvage, celle-ci cesse d'être due à compter du premier jour du mois suivant son décès.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 7 : Régime applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Section 1 : Pension de vieillesse.

Article D357-1

L'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 357-2 est soixante-cinq ans.

Sous réserve des dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 366 de l'ancien code de la sécurité sociale, la somme de base des pensions dues au titre du code local des assurances sociales est fixée à 24 F par an et les majorations à 22 p. 100 des cotisations versées jusqu'au 28 juin 1942 et à 1,33 p. 100 du salaire ayant servi de base au calcul des cotisations à partir du 29 juin 1942 ou à 23,8 p. 100 des cotisations acquittées d'après le système des classes de salaire à partir de cette même date.

La somme de base des pensions dues au titre de la loi du 20 décembre 1911 est fixée à 48 F par an et les majorations à 20 p. 100 des cotisations versées jusqu'au 30 juin 1942 et à 0,84 p. 100 du salaire ayant servi de base au calcul des cotisations à partir du 1er juillet 1942 ou à 15 p. 100 des cotisations acquittées d'après le système des classes de salaire à partir de cette même date.

Pour l'application des deuxième et troisième alinéas ci-dessus, les cotisations afférentes à des périodes antérieures au 1er janvier 1941, ainsi que celles versées en francs après le 31 décembre 1940 pour des périodes antérieures au 1er janvier 1945, sont prises en compte selon la classe à laquelle elles correspondent pour les valeurs indiquées aux barèmes ci-après :

Code local des assurances sociales

Classes	Montant à prendre en compte (par semaine)
	Francs (anciens)
I	6
II	10
III	14
IV	18
V	22
VI	26
VII	30

Loi du 20 décembre 1911

Classes		Montant à prendre en compte (par mois)
Avant le 1er janvier 1941	Depuis le 1er janvier 1941	

		Francs (anciens)
A/B	A	40
C/D	B	70
E/F	C	110
G/H	D	150
I/K	E	200
L/M	F	250
N	G	300

Pour l'application des deuxième et troisième alinéas ci-dessus, le salaire servant de base au calcul de la pension est, pour les salaires perçus postérieurement au 31 janvier 1991, le salaire correspondant aux cotisations versées dans la limite du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

Article D357-2

L'âge inférieur prévu au deuxième alinéa de l'article L. 357-2 est l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

Article D357-2-1

L'âge mentionné à l'article L. 357-10-1 est fixé à cinquante-cinq ans.

Article D357-3

Les pensions de vieillesse attribuées avant l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8 ne sont pas recalculées lorsque leurs titulaires atteignent cet âge, sous réserve de l'application des dispositions de l'article L. 357-19, et ne sont pas susceptibles d'être converties en pension d'invalidité.

Article D357-4

Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa du présent article, la substitution de la pension de vieillesse à la pension d'invalidité peut être demandée par l'intéressé avant l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8, s'il justifie du minimum de versements exigé pour cette pension. Elle a lieu d'office à l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8 lorsque la condition de versement susmentionnée est remplie.

Les pensions d'invalidité dont les titulaires avaient déjà atteint ou dépassé l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 au moment où elles ont pris cours ne sont pas susceptibles d'être converties en pensions de vieillesse avant l'âge prévu par le 1° de l'article L. 351-8.

Article D357-5

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 357-2 sont applicables dans les conditions ci-après indiquées aux assurés qui sont anciens combattants titulaires de la carte du combattant ou qui ont été détenus comme prisonniers de guerre.

Pour ces assurés, la réduction d'un dixième par année ou fraction d'année restant à courir jusqu'au soixante-cinquième anniversaire n'est pas appliquée à la pension de vieillesse définie au premier alinéa de l'article L. 357-2 lorsque cette pension est liquidée à partir de :

1°) soixante-quatre ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de six à dix-sept mois ;

2°) soixante-trois ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de dix-huit à vingt-neuf mois ;

3°) soixante-deux ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de trente à quarante et un mois ;

4°) soixante et un ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été de quarante-deux à cinquante-trois mois ;

5°) soixante ans pour ceux dont la durée de captivité et des services militaires en temps de guerre a été d'au moins cinquante-quatre mois et pour les anciens prisonniers de guerre évadés justifiant d'une captivité d'au moins six mois ou rapatriés pour maladie.

Pour bénéficier de ces dispositions les intéressés devront justifier de la durée de leur captivité et de leurs services militaires en temps de guerre dans les forces françaises ou alliées ou dans l'armée allemande s'ils y ont été incorporés de force, au moyen de la production de leur livret militaire ou d'une attestation délivrée par l'autorité militaire compétente ou par le ministère, ou l'office national des anciens combattants.

Article D357-6

Pour les assurés qui sont titulaires de la carte de déporté ou interné résistant ou politique, la réduction prévue au deuxième alinéa de l'article L. 357-2 n'est pas applicable à la pension définie au premier alinéa du même article lorsque cette pension est liquidée à un âge compris entre soixante et soixante-cinq ans.

Article D357-7

Les dispositions de l'article D. 351-1 sont applicables pour la détermination des droits à pension de vieillesse de l'ex-régime local d'assurance des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Article D357-8

La réduction prévue au deuxième alinéa de l'article L. 357-2 n'est pas applicable à la pension de vieillesse définie au premier alinéa du même article, lorsque cette pension est liquidée à un âge compris entre l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 et celui prévu par ce même article augmenté de cinq années, au profit des mères de famille salariées qui réunissent trente ans d'assurance dans l'ex-régime local des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et dans le régime général ou dans ces régimes et celui des salariés agricoles, qui ont élevé au moins trois enfants dans les conditions prévues à l'article R. 342-2, et justifient avoir exercé, pendant au moins cinq ans au cours des quinze dernières années précédant leur demande de liquidation de pension, un travail manuel ouvrier au sens de l'article R. 351-23.

Article D357-9

Lorsque l'assurée demande la liquidation de sa pension de vieillesse au titre de l'article D. 357-8 ci-dessus, il est fait application des dispositions de l'article R. 351-24.

Article D357-10

Pour les assurés mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 357-2, la pension définie au premier alinéa du même article est affectée d'un coefficient de minoration qui est fonction soit du nombre de trimestres correspondant à la durée séparant l'âge auquel la pension prend effet du soixante-cinquième anniversaire de l'assuré, soit du nombre de trimestres supplémentaires qui serait nécessaire, à la date d'effet de la pension, pour atteindre la durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 ; le nombre de trimestres correspondant est éventuellement arrondi au chiffre immédiatement supérieur. Le plus petit de ces deux nombres est pris en considération. Pour chaque trimestre ainsi retenu, le coefficient de minoration à appliquer à cette pension est de 2, 5 %.

Article D357-11

Les coefficients de minoration prévus au deuxième alinéa de l'article L. 357-2 ne sont pas applicables à la pension définie au premier alinéa du même article lorsque cette pension prend effet à un âge compris entre l'âge prévu à l'article L. 351-1 et l'âge prévu à l'article L. 351-8, au profit :

1°) des assurés qui justifient d'une durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la limite prévue au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 dans l'ex-régime local des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et dans le régime général ou dans ces régimes et un ou plusieurs autres régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse ;

2°) des assurés qui relèvent de l'une des catégories mentionnées du 3° au 5° de l'article L. 351-8.

Article D357-12

Les dispositions des articles L. 351-4 et L. 351-5 sont applicables aux assurés ressortissant au code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 et à la loi du 20 décembre 1911 dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Section 2 : Pension d'invalidité.

Article D357-13

La fraction mentionnée à l'article L. 357-5 est égale à trois quarts.

Article D357-14

L'âge mentionné à l'article L. 357-6 est l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

Article D357-15

Le taux minimum d'incapacité de travail exigé à l'article L. 357-8 est deux tiers.

Section 3 : Pension de veuve ou de veuf.

Article D357-16

Les pensions de veuves ou de veufs prévues à l'article L. 357-9 sont égales à un pourcentage de la pension dont le "de cujus" bénéficiait ou eût bénéficié, fixé à 54 p. 100 lorsqu'elles sont dues au titre du code local des assurances sociales et à 43,2 p. 100 lorsqu'elles sont dues au titre de la loi du 20 décembre 1911.

Article D357-17

La pension de veuve ou de veuf prévue à l'article L. 357-9 ne peut être inférieure au montant minimum de base mentionné au premier alinéa de l'article L. 357-10 lorsqu'elle correspond à une durée d'assurance d'au moins quinze années (soit 60 trimestres) accomplies dans l'ex-régime local des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et dans le régime général.

Lorsque cette durée est inférieure à quinze années, le montant minimum de base est réduit à autant de soixantièmes que l'assuré justifiait de trimestres d'assurance.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas à la pension de veuve ou de veuf attribuée sur justification d'invalidité avant l'âge de cinquante-cinq ans.

Article D357-18

Pour l'octroi au conjoint survivant, en cas d'inaptitude, d'une pension de veuve ou de veuf prévue à l'article L. 357-10, il est fait application de l'article L. 351-7, ainsi que de l'article R. 351-21.

Article D357-19

La majoration de la pension de veuve ou de veuf prévue au deuxième alinéa de l'article L. 357-10 s'élève à 10 p. 100.

L'âge prévu au dernier alinéa de ce même article en cas d'inaptitude au travail est soixante ans.

Article D357-20

La fraction prévue à l'article L. 357-11 est égale à la moitié de la pension d'invalidité qui a ou eût été accordée en vertu de l'article L. 357-8 au "de cujus".

Article D357-21

L'article L. 357-9 ne modifie pas les conditions d'ouverture du droit aux pensions de veuves ou de veufs dues au titre de la loi du 20 décembre 1911. Toutefois, ces pensions ne sont calculées sur la base d'une pension de vieillesse supérieure à la pension d'invalidité qu'au cas où le "de cujus" justifiait de la période de stage exigée pour la pension de vieillesse.

Article D357-22

Le conjoint divorcé non remarié d'un assuré décédé sans s'être remarié ou sans laisser de conjoint survivant a droit à la pension de veuve ou de veuf prévue à l'article L. 357-9 lorsqu'il remplit les conditions fixées

soit par le code local des assurances sociales, soit par la loi du 20 décembre 1911, pour l'attribution de cette pension.

Dans le cas où l'assuré est décédé après s'être remarié, la pension de veuve ou de veuf prévue à l'article L. 357-9 doit être partagée entre son conjoint survivant et son ou ses précédents conjoints divorcés non remariés, au prorata de la durée respective de chaque mariage. Cette durée, déterminée de date à date, est arrondie au nombre de mois inférieur.

Lorsque le conjoint survivant et le ou les précédents conjoints divorcés ne réunissent pas tous à la même date les conditions d'attribution de la pension de veuve ou de veuf susmentionnée, les parts de pension qui leur sont respectivement dues sont déterminées lors de la liquidation des droits du premier d'entre eux qui en fait la demande ; ces parts de pension sont ensuite liquidées au fur et à mesure que les intéressés justifient qu'ils réunissent les conditions susrappelées.

Si, après plusieurs divorces, l'assuré décède sans laisser de conjoint survivant, la pension de veuve ou de veuf doit être partagée dans les conditions susrappelées entre ses précédents conjoints divorcés non remariés.

Au décès du conjoint survivant ou d'un conjoint divorcé, sa part accroîtra la part de l'autre ou, s'il y a lieu, des autres, à compter du premier jour du mois suivant le décès.

Article D357-23

Le conjoint divorcé non remarié est assimilé à une veuve ou à un veuf pour l'application de l'article L. 357-10.

Article D357-24

Lorsqu'un conjoint survivant ou divorcé remarié n'est susceptible de bénéficier, du chef de son dernier conjoint, d'aucun droit à pension de veuve ou de veuf au titre de l'ex-régime local des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ou à pension de réversion au titre d'un autre régime de base obligatoire d'assurance vieillesse, il recouvre son droit à la pension de veuve ou de veuf prévue à l'article L. 357-9 du chef d'un précédent conjoint dont l'a privé son remariage, à condition que ce droit ne soit pas ouvert ou susceptible d'être ouvert au profit d'un autre conjoint survivant ou divorcé.

Section 4 : Dispositions communes aux pensions de vieillesse, d'invalidité, de veuve et de veuf.

Article D357-25

Les arrêtés mentionnés aux articles L. 357-16 et L. 357-17 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Les ministres mentionnés à l'article L. 357-21 sont le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre de l'intérieur et le ministre chargé du budget.

Article D357-26

Le service des arrérages de pensions dues au titre du régime local a lieu mensuellement et d'avance. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des postes et télécommunications fixe les conditions dans lesquelles est effectué le paiement de ces arrérages.

Article D357-27

Les assurés soumis au régime local antérieurement au 1er juillet 1946 ont droit à partir de cette date aux avantages résultant pour eux du titre IV du présent livre et des chapitres 1er à 5 du présent titre.

Toutefois, les intéressés peuvent réclamer le bénéfice des dispositions du présent chapitre relatif au régime applicable dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, s'ils estiment que ce régime leur est plus favorable. Dans ce cas, les règles de ce dernier régime sont applicables tant pour l'ouverture du droit que pour le calcul des prestations.

Quelle que soit l'option exercée par l'assuré, son conjoint survivant peut demander le bénéfice des dispositions relatives aux pensions de réversion du régime général de sécurité sociale s'il estime que ce régime lui est plus favorable que celui résultant des dispositions du présent chapitre.

L'assuré qui a opté pour le régime résultant des dispositions du présent chapitre peut obtenir la pension d'invalidité pour une affection antérieurement indemnisée au titre militaire.

Toutefois, cette pension n'est pas susceptible des revalorisations prévues pour les pensions d'invalidité du régime général et le cumul des deux pensions, militaire et d'invalidité, ne peut être admis que dans les limites fixées par les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 371-7.

Article D357-28

Le service des pensions de vieillesse ou d'invalidité définies aux articles L. 357-2 et L. 357-5 et à l'article D. 357-10 dont l'entrée en jouissance intervient à partir du soixantième anniversaire de l'assuré, et entre le 1er avril 1983 et le 31 décembre 1990, est assuré à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré a rompu définitivement tout lien professionnel avec son employeur ou a cessé définitivement son activité non salariée.

L'assuré doit établir qu'il se trouve dans cette situation :

1°) dans le cas où il exerçait une activité salariée, par la production d'une attestation du dernier employeur, public ou privé, dont il relevait antérieurement à la date d'entrée en jouissance de la pension, mentionnant la date de cessation de toute activité de l'assuré auprès de cet employeur ;

2°) dans le cas où il exerçait une activité non salariée, par tout mode de preuve et notamment par la production, suivant la nature de l'activité :

a. d'un certificat de radiation du registre du commerce et des sociétés, du répertoire des métiers ou du registre des entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ou un certificat de cessation d'activité du chef d'entreprise délivré par la chambre de métiers et de l'artisanat de région ;

b. d'une attestation de radiation du tableau de l'ordre professionnel dont il relevait ;

c. d'une attestation de radiation des rôles de la taxe professionnelle ;

d. d'une attestation de cessation d'activité délivrée par la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle il était affilié en qualité de personne non salariée des professions agricoles.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 6 : Assurance décès

Chapitre 1 : Dispositions générales

Article D361-1

Le montant du capital décès est égal à 3 400 euros.

Il est revalorisé chaque année à la date et selon les conditions prévues à l'article L. 341-6. Le montant obtenu est arrondi à l'euro supérieur.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 6 : Assurance décès

Chapitre 2 : Dispositions communes à l'assurance maladie, à l'assurance maternité et à l'assurance décès

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 1 : Dispositions spéciales aux bénéficiaires de diverses législations de prévoyance et d'aide sociale

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 2 : Volontariat pour l'insertion. # Service civique.

Article D372-2

Au titre des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité versées au volontaire pour l'insertion mentionné à l'article L. 130-4 du code du service national, l'établissement public d'insertion de la défense mentionné à l'article L. 3414-1 du code de la défense est redevable d'une cotisation forfaitaire égale à 18,5 % du plafond mensuel défini à l'article L. 241-3. Cette cotisation est due pour chaque période de douze mois consécutifs quelle que soit la durée effective du volontariat pour l'insertion à l'intérieur de cette période.

Article D372-3

La cotisation forfaitaire mentionnée à l'article L. 120-26 du code du service national due au titre de la couverture des risques maladie, maternité, invalidité et décès est égale, pour chaque mois civil d'exécution du contrat de service civique, à 2, 24 % de la valeur mensuelle du plafond définie en application de l'article L. 241-3.

Lorsque le contrat de service civique est exécuté sur une partie d'un mois civil, la cotisation mentionnée à l'alinéa précédent est égale au produit du taux fixé à cet alinéa par le nombre de jours d'exécution du contrat sur le mois et par la valeur journalière du plafond défini à l'article L. 241-3.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 3 : Apprentis

Article D373-1

I.-A l'exception des cotisations d'assurance vieillesse et veuvage de base, les cotisations dues au titre de l'emploi des apprentis sont calculées en appliquant les taux de droit commun des cotisations aux montants mentionnés à l'article D. 6222-26 du code du travail minorés de 11 % du salaire minimum de croissance.

II.-Les cotisations d'assurance vieillesse et veuvage de base sont calculées en appliquant le taux de droit commun à la rémunération, au sens de l'article L. 242-1, versée à l'apprenti.

Article D373-2

Le taux forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 6243-3 du code du travail est fixé à 1 %.

La base forfaitaire mentionnée au 3° de l'article L. 6243-3 du code du travail est calculée, pour l'ensemble des cotisations qui font l'objet d'exonérations, y compris les cotisations d'assurance vieillesse-veuvage, selon les modalités prévues au I de l'article D. 373-1.

Article D373-3

Pour le calcul des droits à l'assurance vieillesse ouverts au titre de la période d'apprentissage, le nombre de trimestres correspondant à la durée du contrat est déterminé dans les conditions suivantes :

1° Il est retenu un mois au titre de chaque mois civil entier d'exécution du contrat ;

2° Le nombre de jours d'exécution du contrat au cours de mois civils incomplets est totalisé et il est retenu un mois lorsque ce total est au moins égal à trente jours ;

3° Le nombre de trimestres correspondant à la durée du contrat est égal à la valeur du tiers, arrondie au nombre entier inférieur, du nombre total de mois résultant de l'application des 1° et 2° ci-dessus.

Chaque trimestre civil entier d'exécution du contrat est affecté à l'année de son exécution.

Le trimestre pouvant résulter de la différence entre le nombre de trimestres déterminés en application des 1° à 3° et celui résultant de l'application de l'alinéa précédent est affecté à l'année civile au cours de laquelle le contrat a pris fin.

Article D373-4

I.-Le montant du versement complémentaire de cotisations d'assurance vieillesse mentionné au dernier alinéa de l'article L. 6243-3 du code du travail est égal, au titre d'une année civile et pour chaque apprenti, au produit :

1° Du nombre de trimestres validés au titre du versement complémentaire, lequel est égal à la différence entre le nombre de trimestres couverts au cours de l'année par le contrat d'apprentissage tel que déterminé à l'article D. 373-3 et le nombre de trimestres correspondant, selon les dispositions mentionnées à l'article R. 351-9, à la rémunération, au sens de l'article L. 242-1, versée à l'apprenti ;

2° De la somme des taux de cotisations pour les risques vieillesse et veuvage à la charge de l'employeur et du salarié fixées en application des dispositions de l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de la même année ;

3° Et d'une assiette correspondant à 50 % de la valeur trimestrielle du plafond arrêté en application du premier alinéa de l'article L. 241-3 au titre de la même année.

II.-Les trimestres validés au titre du versement complémentaire, dont le nombre est déterminé conformément au 1° du I du présent article, sont pris en compte par l'assurance vieillesse du régime général au titre de l'atténuation du coefficient de minoration mentionné à l'article R. 351-27 et pour la détermination de la durée d'assurance mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

III.-Les caisses nationales d'assurance vieillesse transmettent au fonds mentionné à l'article L. 135-1 le nombre de trimestres validés pour le calcul du montant total de versement mentionné au I du présent article, qui intervient au plus tard le 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle les caisses ont procédé à la validation des trimestres concernés.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 4 : Emploi des étrangers.

Article D374-1

L'étranger soumis aux dispositions de l'ordonnance modifiée du 2 novembre 1945 pour l'exercice d'une activité professionnelle salariée en France est présumé avoir subi le contrôle médical prévu par ladite ordonnance s'il est porteur soit d'un contrat d'introduction visé par les services du ministère chargé du travail, soit d'une carte de travail ou, à défaut, d'un titre provisoire de travail.

Article D374-2

Les candidats à un emploi salarié de nationalité centrafricaine, congolaise et tchadienne sont placés hors du champ d'application de l'article L. 374-1.

Les candidats à un emploi salarié de nationalité gabonaise et togolaise apportent la preuve qu'ils ont subi un contrôle médical par la production du certificat visé par le consul de France ou, à défaut, par celle d'une attestation de visite médicale délivrée, en France, par les services de l'office national d'immigration.

Les candidats à un emploi salarié de nationalité algérienne sont présumés avoir subi le contrôle médical prévu par les accords internationaux s'ils sont en possession du titre de séjour délivré en application desdits accords.

Les candidats à un emploi salarié qui sont ressortissants de l'un des Etats mentionnés ci-après :

République unie du Cameroun ;

République de Côte-d'Ivoire ;

République du Bénin ;

Burkina Faso ;

République du Mali ;

République islamique de Mauritanie ;

République du Niger ;

République du Sénégal,

sont présumés avoir subi un contrôle médical dès lors qu'ils sont en possession d'une autorisation de travail.

Article D374-3

Les frais du contrôle médical effectué par l'office national d'immigration en ce qui concerne les travailleurs mentionnés au deuxième alinéa de l'article D. 374-2 sont à la charge de l'employeur. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du travail, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'agriculture en fixe le montant et les conditions de versement.

Article D374-4

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 374-2 s'appliquent à chaque travailleur nouvellement embauché.

Article D374-5

L'employeur justifie qu'il n'a ni engagé ni conservé à son service un étranger qui n'est pas muni de l'un des documents mentionnés aux articles D. 374-1 et D. 374-2 par la production du registre spécial des étrangers dûment rempli dans les conditions prévues par l'arrêté du 4 juin 1938 modifié.

Article D374-6

Les caisses primaires d'assurance maladie doivent, à l'occasion des demandes de règlement des prestations maladie, maternité et décès, d'invalidité ou d'accidents du travail concernant des travailleurs étrangers, vérifier que les intéressés sont en possession, et suivant leur nationalité, de l'un des documents mentionnés aux articles D. 374-1 et D. 374-2.

La même obligation incombe aux caisses de mutualité sociale agricole à l'occasion des demandes de règlement des prestations maladie, maternité, décès ou invalidité concernant des travailleurs salariés relevant du régime agricole de l'assurance maladie.

Lorsque les prestations font l'objet d'un règlement direct, en application de l'article L. 160-10 ou de la réglementation applicable aux travailleurs salariés relevant du régime agricole de l'assurance maladie, la vérification prévue aux deux alinéas précédents incombe à l'établissement ayant dispensé les soins.

A défaut de justification, les caisses primaires d'assurance maladie ou, le cas échéant, les caisses de mutualité sociale agricole sont néanmoins tenues, si les intéressés remplissent les conditions d'ouverture du droit, de verser les prestations dont le règlement est sollicité. Dans ce cas, elles doivent poursuivre, au besoin par les voies de droit, le remboursement des prestations versées soit directement à l'assuré, soit par l'intermédiaire d'un tiers payant, au titre du travailleur étranger ou de ses ayants droit.

Le total des prestations dont le remboursement est exigible ne peut excéder, pour un même travailleur étranger, un montant annuel égal au tiers de la somme des plafonds mensuels de sécurité sociale de l'année considérée, dans la limite de trois années à compter de la réalisation du risque.

Article D374-7

Les caisses primaires d'assurance maladie fournissent, trimestriellement, au préfet de région, la liste des entreprises qui ont fait l'objet d'une procédure de remboursement des prestations, ainsi que les noms des travailleurs étrangers qui ont motivé l'application de ladite procédure.

Les caisses de mutualité sociale agricole fournissent, trimestriellement, au préfet de région, la liste des entreprises qui ont fait l'objet d'une procédure de remboursement des prestations ainsi que les noms des travailleurs étrangers relevant du régime agricole de l'assurance maladie qui ont motivé l'application de ladite procédure.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 5 : Faute intentionnelle de l'assuré

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 6 : Recours des caisses contre les tiers

Article D376-1

I. # La personne atteinte de lésions imputables à un tiers doit en informer, par tous moyens, sa caisse de sécurité sociale dans les quinze jours suivant leur survenue. Elle doit notamment le signaler au professionnel de santé en lui fournissant les renseignements prévus au 4° de l'article R. 161-42.

II. # Le tiers responsable d'un accident ou de lésions causées à un assuré social doit en informer, par tous moyens, la caisse d'assurance maladie dont relève ce dernier dans les quinze jours suivant leur survenue s'il n'en a pas informé son assureur.

III. # L'assureur du tiers responsable doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les trois mois suivant la date à laquelle il a connaissance de la survenue de l'accident ou des lésions.

Pour les accidents relevant de l'article L. 211-8 du code des assurances, l'assureur du tiers responsable doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les trois mois suivant la date de survenue de l'accident.

En cas de litige sur le respect de son obligation d'information, il lui appartient d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à la caisse dans les délais prévus aux deux alinéas précédents.

IV. # Dans les cas où la caisse n'a pas pu exercer son recours, l'indemnité forfaitaire est calculée sur les sommes dont le recouvrement aurait été obtenu si l'assureur avait respecté son obligation d'information.

V. # L'établissement de santé dispensant des soins à une personne dont les lésions sont, selon ses déclarations, imputables à un tiers doit en informer la caisse d'assurance maladie dont elle relève dans les trois mois suivant la date de la fin des soins.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 7 : Dispositions diverses

Chapitre 7 : Pénalités

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre préliminaire : Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France

Article D380-1

La cotisation due par les personnes affiliées au régime général en application des dispositions de l'article L. 380-1 est calculée pour chaque année civile sur la base des revenus définis au deuxième alinéa de l'article L. 380-2, après déduction du montant annuel fixé à l'article D. 380-4, perçus au cours de l'avant-dernière année civile précédant celle au titre de laquelle elle est due.

Les revenus des époux ou partenaires de pacte civil de solidarité qui ne sont pas individualisés dans l'avis d'imposition en cas de déclaration commune sont pris en compte pour moitié du montant des revenus communs.

Article D380-2

La cotisation dont sont redevables les personnes affiliées sur critère de résidence au régime général est due à compter de la date d'affiliation prévue à l'article L. 380-1 et cesse d'être due à compter du lendemain de la date de fin de cette affiliation. En cas de période d'affiliation inférieure à une année, le montant de la cotisation est réduit au prorata de la durée d'affiliation.

Sont exonérées de cette cotisation les personnes bénéficiaires des dispositifs prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 ainsi que celles bénéficiaires du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 861-2.

Article D380-3

Le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 380-2 et au deuxième alinéa du IV de l'article L. 380-3-1 est fixé à 8 %.

Article D380-4

Le plafond mentionné à l'article L. 380-2 est revalorisé pour chaque année civile, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile précédant la revalorisation, publiée par l'Institut national de la statistique et des études économiques. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe ce montant qui est arrondi à l'euro le plus proche.

Article D380-5

Les caisses primaires d'assurance maladie communiquent aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales la liste des personnes affiliées au régime général en application de l'article L. 380-1, à l'exception des personnes exonérées au titre de l'article D. 380-2.

Les éléments nécessaires à la détermination des revenus mentionnés à l'article D. 380-1 des personnes affiliées au régime général en application des dispositions de l'article L. 380-1 sont communiqués par l'administration fiscale aux organismes chargés de la liquidation et du recouvrement de la cotisation mentionnée à l'article D. 380-1.

Si ces éléments de revenus n'ont pas été communiqués par l'administration fiscale, les organismes chargés de la liquidation et du recouvrement de la cotisation précitée adressent sans délai et par tout moyen permettant d'en accuser réception aux personnes affiliées au régime général de sécurité sociale en application de l'article L. 380-1 une déclaration de ressources conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Celle-ci doit être renseignée dans un délai d'un mois à compter de sa réception. Elle peut prendre une forme dématérialisée.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre 1 : Personnes rattachées au régime général pour certains risques ou charges

Section 1 : Bénéficiaires du complément familial, de la prestation d'accueil du jeune enfant, de l'allocation journalière de présence parentale - Personnes assumant la charge d'un handicapé

Article D381-1

Sont affiliées obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, les personnes isolées bénéficiaires soit de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant, soit du complément familial, soit de la prestation partagée d'éducation de l'enfant, qui ont à charge au moins un enfant de moins de trois ans ou au moins deux enfants et dont les ressources ne dépassent pas le plafond de ressources qui est retenu pour l'attribution de l'allocation de rentrée scolaire.

Les dispositions du premier alinéa relatives à une condition de ressources ne sont pas applicables à la personne isolée, ayant au moins un enfant à charge, qui bénéficie de l'allocation journalière de présence parentale.

Article D381-2

Est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, celui des conjoints ou concubins n'exerçant pas d'activité professionnelle qui remplit les conditions posées ci-après :

1°) soit avoir à charge au moins un enfant de moins de trois ans et bénéficier de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant, sous réserve que les ressources du ménage ne dépassent pas le plafond de ressources qui est retenu pour l'attribution de l'allocation de rentrée scolaire ;

2°) soit avoir à charge au moins trois enfants et bénéficier du complément familial, sous réserve que les ressources du ménage n'excèdent pas le plafond de ressources qui est retenu pour l'attribution du complément familial.

Toutefois, ne peut bénéficier de cette affiliation que le conjoint ou concubin dont les revenus propres provenant de l'exercice d'une activité professionnelle pendant l'année civile de référence, n'excèdent pas douze fois la base mensuelle de calcul des allocations familiales en vigueur au 1er janvier de ladite année.

Ne peut également bénéficier de cette affiliation que le conjoint ou concubin qui ne participe pas, au sens de l'article 1122-1 du code rural, à la mise en valeur d'une exploitation agricole.

Article D381-2-1

Est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale le membre du couple ayant au moins deux enfants à charge qui bénéficie de la prestation partagée d'éducation de l'enfant, sous réserve que les ressources du ménage n'excèdent pas le plafond de ressources défini aux premier et deuxième alinéas de l'article R. 522-2 et que ses revenus professionnels nets de cotisations sociales issus de son activité à temps partiel pendant la période de perception de la prestation partagée d'éducation de l'enfant n'excèdent pas 63% du plafond de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année considérée.

Les dispositions du premier alinéa relatives à une condition de ressources ne sont pas applicables au membre du couple, ayant au moins un enfant à charge, qui bénéficie de l'allocation journalière de présence parentale.

Article D381-2-2

L'affiliation du salarié bénéficiaire du congé de soutien familial est faite à sa demande par l'organisme débiteur des prestations familiales et sous réserve de la présentation d'une attestation de son employeur indiquant les dates de la prise du congé.

L'affiliation du travailleur non salarié est faite à sa demande par l'organisme débiteur des prestations familiales et sous réserve de la production des justificatifs suivants :

1° Une déclaration sur l'honneur de son lien familial avec la personne aidée, tel qu'énoncé à l'article L. 381-1 ;

2° L'un des justificatifs mentionnés aux 2°, 3° et 4° de l'article D. 225-4 du code du travail ;

3° Le ou les justificatifs requis pour la catégorie professionnelle concernée :

a) Pour la personne exerçant une activité industrielle ou commerciale, un extrait du registre du commerce et des sociétés mentionnant la date de cessation temporaire d'activité et un extrait mentionnant la date de reprise d'activité ;

b) Pour la personne exerçant une activité artisanale, un extrait du registre du répertoire des métiers mentionnant la date de cessation temporaire d'activité et un extrait mentionnant la date de reprise d'activité ;

c) Pour la personne exerçant une activité non salariée agricole, une attestation établie par la caisse de mutualité sociale agricole dont elle relève ou, pour les départements d'outre-mer, par la caisse générale de sécurité sociale, mentionnant la date de cessation temporaire de l'activité agricole, suivie d'une attestation précisant la date de la reprise de l'activité agricole ;

d) Pour la personne physique exerçant une profession libérale et le dirigeant d'une société d'exercice libéral, une attestation de l'organisme de recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale mentionnant la date de la cessation temporaire d'activité et la date de reprise d'activité.

L'affiliation des personnes mentionnées aux alinéas ci-dessus prend effet au premier jour de la prise du congé de soutien familial et cesse à l'issue du dernier jour du congé.

Article D381-3

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 381-1 concernant les personnes ayant la charge d'un enfant handicapé ou assumant, au foyer familial, la charge d'un adulte handicapé, le taux d'incapacité permanente de la personne handicapée est égal ou supérieur à 80 p. 100.

Le taux d'incapacité permanente est apprécié d'après le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire).

Article D381-6

L'immatriculation est effectuée en tant que de besoin par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou la caisse générale de sécurité sociale dans le ressort de laquelle est situé le domicile des intéressés. Lorsque le domicile se situe en Ile-de-France ou en Alsace-Moselle, sont respectivement compétentes : la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ou la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg.

L'immatriculation des personnes ayant la charge d'un enfant handicapé prend effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant le mois au cours duquel l'assujetti remplit les conditions d'affiliation définies ci-dessus.

L'immatriculation des personnes assumant, au foyer familial, la charge d'un adulte handicapé prend effet à compter du premier jour du trimestre civil suivant le mois au cours duquel la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles a décidé que les conditions d'affiliation ci-dessus définies sont remplies.

Article D381-7

Les modalités de versement des cotisations d'assurance vieillesse, calculées conformément aux dispositions de l'article D. 381-5, ainsi que les documents à produire à l'appui de ce versement sont fixés par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé des départements d'outre-mer.

Section 3 : Etudiants

Section 5 : Invalides de guerre

Section 6 : Sapeurs-pompiers communaux non professionnels

Section 7 : Bénéficiaires de l'allocation aux vieux travailleurs salariés et de l'allocation aux mères de famille

Section 8 : Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Article D381-22

Le taux d'incapacité permanente prévu à l'article 43-II de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 est égal à celui qui est fixé à l'article 1er du décret n° 75-1197 du 16 décembre 1975.

Section 9 : Détenus

Article D381-23

L'assiette de la cotisation visée à l'article L. 381-30-2 est égale à un pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale visé à l'article L. 241-3. Un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de l'administration pénitentiaire fixe chaque année le montant de ce pourcentage.

Le taux de cette cotisation est fixé à 14,60 %.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre 2 : Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques

Section 1 : Artistes auteurs

Sous-section 1 : Champ d'application

Sous-section 2 : Organismes agréés et commissions

Sous-section 3 : Immatriculations

Sous-section 4 : Cotisations

Sous-section 5 : Prestations

Sous-section 6 : Régimes complémentaires

Article D382-1

Les arrêtés interministériels prévus à l'article L. 382-11 sont pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article D382-2

Les régimes complémentaires d'assurance vieillesse auxquels sont affiliées les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 en application de l'article L. 382-12 demeurent régis par les dispositions légales et réglementaires applicables aux régimes complémentaires mentionnés au premier alinéa de l'article L. 644-1.

Leur gestion est assurée par la section professionnelle mentionnée au 9° de l'article 3 du décret du 19 juillet 1948 modifié. Toutefois, les attributions du conseil d'administration de ladite section professionnelle en matière de régimes complémentaires sont exercées par des conseils d'administration distincts.

Sous-section 7 : Dispositions diverses - Dispositions d'application

Sous-section 8 : Elections

Paragraphe 2 : Listes électorales

Article D382-3

Soixante jours avant la date du scrutin, les états de recensement sont déposés auprès du service visé à l'article R. 155-1 ainsi qu'au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie en vue de leur consultation par toute personne intéressée. Ils sont également consultables au siège des organismes agréés. Les électeurs sont avisés par voie d'affichage du dépôt des états de recensement.

Article D382-4

Chacune des commissions administratives prévues au deuxième alinéa de l'article R. 382-41 est présidée par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1. Elle comprend en outre quatre électeurs, à raison de deux par collègue, désignés par ledit responsable, qui désigne également un agent chargé du secrétariat.

Article D382-5

Dans les dix jours qui suivent le dépôt des états de recensement mentionnés à l'article D. 382-3, tout électeur peut vérifier s'il est inscrit et, le cas échéant, demander son inscription. De même, tout électeur peut réclamer l'inscription d'un électeur non inscrit. Les demandes d'inscription et les réclamations sont déposées auprès du service mentionné à l'article R. 155-1, ou au siège de la caisse primaire d'assurance maladie. Il en est délivré récépissé.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des pièces permettant de justifier de la qualité d'électeur.

Article D382-6

La commission administrative compétente instruit les demandes et réclamations. Au plus tard quarante-cinq jours avant la date du scrutin, le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1, après avoir recueilli l'avis de chaque commission, arrête les listes électorales en procédant à l'inscription des électeurs dans chaque collègue et porte à la connaissance des intéressés les décisions du refus d'inscription ou de radiation.

Article D382-7

Au plus tard quarante-quatre jours avant le scrutin, les électeurs sont avisés par voie d'affichage du dépôt des listes électorales au siège des organismes agréés, ainsi qu'au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie.

Article D382-8

A l'expiration d'un délai de huit jours suivant l'affichage des résultats du scrutin, la liste électorale ne peut plus être consultée. Les listes rectifiées, s'il y a lieu, pour tenir compte des décisions judiciaires sont closes vingt jours avant le scrutin.

Les dispositions de l'article D. 214-17 sont applicables à la présente sous-section.

Paragraphe 3 : Déclaration de candidatures

Article D382-9

Les dispositions des articles D. 214-18 et D. 214-19 sont applicables à la présente sous-section. L'arrêté prévu au premier alinéa de l'article D. 214-18 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D382-10

Les candidatures sont établies pour chaque conseil d'administration. Elles sont déposées auprès du service mentionné à l'article R. 155-1. Il est délivré au mandataire de chaque liste un reçu de la déclaration collective et des déclarations individuelles.

Le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 publie les listes de candidature. Ces listes sont affichées au siège des organismes agréés ainsi qu'au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie.

Les dispositions des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article D. 214-23 sont applicables à la présente sous-section.

Paragraphe 4 : Propagande

Article D382-11

Les dispositions de l'article D. 214-25 sont applicables à la présente sous-section.

Chaque liste de candidatures a droit à deux affiches d'un format de 297 x 420 mm pour la propagande et l'annonce des réunions électorales. Elle dispose d'un emplacement réservé à l'affichage au siège des organismes agréés, ainsi qu'au siège de chaque caisse primaire d'assurance maladie. La demande d'attribution d'emplacement est formulée auprès de la commission de propagande pendant la campagne électorale et au plus tard cinq jours avant la date du scrutin. Les emplacements sont attribués dans l'ordre d'enregistrement des candidatures.

Article D382-12

Le nombre de bulletins de vote que chaque liste peut faire imprimer ne doit pas excéder de plus de 10 p. 100 le nombre des électeurs dont cette liste sollicite les suffrages.

Les bulletins ont un format de 148 x 210 mm.

Les bulletins ne doivent pas comporter d'autres mentions que le nom de l'organisme agréé, le nom et le prénom de chaque candidat ainsi que le titre de la liste. Ces mentions doivent figurer sur un seul côté du bulletin.

Article D382-13

La commission de propagande prévue à l'article R. 382-43 est présidée par le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1 et comprend en outre quatre membres désignés respectivement par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la culture, le directeur de la circonscription régionale de La Poste et le responsable ci-dessus mentionné. Ce responsable désigne le secrétaire de la commission.

Article D382-14

La commission reçoit du service mentionné à l'article R. 155-1 les enveloppes nécessaires à l'expédition des circulaires et des bulletins de vote. Elle fait préparer le libellé de ces enveloppes. Elle est chargée de déterminer les emplacements d'affichage.

Article D382-15

Le président de la commission indique au mandataire de chaque liste les caractéristiques et le nombre maximum d'affiches, de circulaires et de bulletins qu'il est autorisé à faire imprimer ainsi que les tarifs maxima d'impression.

Le mandataire de chaque liste remet au président de la commission les exemplaires imprimés de la circulaire et du bulletin au plus tard vingt-cinq jours avant le scrutin.

La commission n'est pas tenue d'assurer l'envoi des imprimés remis postérieurement à ce délai.

Les circulaires et bulletins dont le format, le libellé ou l'impression ne répondent pas aux prescriptions réglementaires ne sont pas acceptés par la commission.

Article D382-16

Il est remboursé à chaque liste ayant obtenu au moins 5 p. 100 des suffrages exprimés ou au moins un siège le coût du papier et les frais d'impression des circulaires, affiches et bulletins de vote prévus aux articles D. 382-11 et D. 382-12. Toutefois, seuls sont remboursés, sur présentation des pièces justificatives, les frais d'impression réellement exposés. La somme remboursée ne peut excéder celle résultant de l'application au nombre des imprimés admis à remboursement des tarifs fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les tarifs d'impression ne peuvent s'appliquer qu'à des circulaires et bulletins de vote sur papier blanc satiné de 56 grammes au mètre carré, aux normes Afnor II/1, et excluant tous travaux de photogravure tels que clichés, similis ou traits.

Section 2 : Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses

Sous-section 1 : Dispositions générales

Paragraphe 1 : Agents de direction

Article D382-17

Le directeur de la caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes est agréé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition du conseil d'administration.

Article D382-18

Sur proposition du directeur, le ministre chargé de la sécurité sociale prononce l'agrément des agents de direction autres que l'agent comptable.

Paragraphe 2 : Dispositions comptables et financières

Article D382-19

Sur proposition du conseil d'administration, l'agent comptable de la caisse mutuelle d'assurance vieillesse des cultes est agréé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D382-20

Sont applicables à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes les articles D. 253-1 à D. 253-35 et D. 253-42 à D. 254-6.

Paragraphe 3 : Détachement temporaire à l'étranger

Article D382-21

La durée maximale du détachement prévue à l'article L. 382-16 est de trois ans renouvelable une fois.

Sous-section 2 : Assurance maladie

Article D382-22

Les membres des congrégations et collectivités religieuses peuvent opter pour le régime particulier défini au deuxième alinéa de l'article L. 382-21 soit lors de leur affiliation au régime général par application de la présente section soit, postérieurement à cette affiliation, à compter du premier jour du semestre suivant l'expiration d'un délai de trois mois à partir du dépôt de leur demande.

Article D382-23

L'option pour le régime particulier doit être formulée pour une durée de deux ans.

Pour continuer à bénéficier du régime au-delà de cette période, une nouvelle demande doit être formée auprès de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes trois mois avant l'expiration de ladite période.

Article D382-24

L'affiliation au régime particulier prend effet à la date d'effet de l'option telle qu'elle est fixée à l'article D. 382-23.

Le droit aux prestations prévues par ledit régime est ouvert dès cette date.

Il est subordonné à la justification du paiement des cotisations personnelles exigibles à la date à laquelle les soins sont dispensés.

Article D382-25

Les cotisations du régime particulier mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 382-21 sont fixées à 61 % des cotisations de droit commun.

Sous-section 3 : Assurance invalidité

Article D382-26

La pension d'invalidité est égale au produit du montant annuel du salaire minimum de croissance des dix années civiles d'assurance dont la prise en considération est la plus avantageuse pour l'assuré par le taux correspondant à la catégorie, telle que définie à l'article R. 382-111, dans laquelle l'assuré a été classé.

Le taux mentionné à l'alinéa précédent est égal à :

- a) 30 % pour les invalides classés dans la 1re catégorie ;
- b) 50 % pour les invalides classés dans la 2e catégorie ;
- c) 50 % pour les invalides de la 3e catégorie qui bénéficient par ailleurs de la majoration pour aide d'une tierce personne mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 382-24.

Lorsque l'assuré compte moins de dix années d'assurance, le calcul de la pension est effectué en retenant toutes les années d'assurance accomplies depuis l'immatriculation.

Le montant de la pension d'invalidité ne peut être inférieur au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Article D382-27

Le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne est celui prévu à l'article R. 341-6.

Article D382-28

La pension d'invalidité peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé. Cette révision est annuelle pour les personnes classées en première et deuxième catégories. Cette périodicité est portée à trois ans pour les personnes classées en troisième catégorie.

Article D382-29

La pension d'invalidité peut être suspendue ou supprimée s'il est reconnu que l'intéressé ne remplit plus l'une des conditions prévues à l'article R. 382-110.

Sous-section 4 : Assurance vieillesse

Article D382-30

La pension est liquidée sur demande formulée par l'assuré.

L'entrée en jouissance de la pension allouée pour incapacité totale et définitive ne peut être fixée à une date antérieure au premier jour du mois civil suivant la date à partir de laquelle l'incapacité a été reconnue.

Article D382-31

Les périodes de perception de la pension d'invalidité définie à l'article L. 382-24 sont prises en compte comme périodes d'assurance pour l'ouverture et le calcul des droits à pension.

Article D382-32

L'âge limite prévu à l'article L. 382-26 est celui prévu par le 1° de l'article L. 351-8.

Article D382-33

Pour l'exercice de la faculté de versement des cotisations prévue à l'article L. 382-29, sont applicables les dispositions des articles D. 351-3 à D. 351-14-1 sous réserve des dispositions suivantes :

1° La référence au régime d'assurance vieillesse des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses est substituée à la référence au régime général de la sécurité sociale ;

2° Abrogé ;

3° Au dernier alinéa de l'article D. 351-4, la référence à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes visée à l'article L. 382-15 est substituée à la référence à la caisse visée à cet alinéa ;

4° Pour l'application de l'article D. 351-8 :

a) Au 1° et au 2° du I, les mots : " au salaire défini au 3° du présent article " sont remplacés par les mots : " au salaire défini en application des dispositions du 5° de l'article D. 382-33 " ;

b) Les dispositions du 3° du I et du dernier alinéa du II ne sont pas applicables ;

c) Au c du II, le taux de 2,05 % est remplacé par le taux de 1,85 % et la mention de l'âge de soixante-deux ans est remplacée par celle de l'âge de soixante-six ans.

5° Pour l'application de l'article D. 351-9 :

a) Au 1°, les mots : " du plafond de la sécurité sociale " sont remplacés par les mots : " d'un salaire forfaitaire égal à la valeur annuelle du salaire minimum de croissance " et les mots : " des plafonds " sont remplacés par les mots : " des salaires forfaitaires " ;

b) Les septième à dixième alinéas du 4° relatifs à la définition du paramètre P sont ainsi rédigés :

" P est égal à la moyenne annuelle des salaires forfaitaires des vingt-cinq années précédant celle au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de soixante-deux ans ou, s'il a atteint cet âge, celle au cours de laquelle il présente sa demande, revalorisés selon les modalités prévues au 1° du présent article et égaux :

a) Pour les années antérieures à 1998, au total annuel du produit de la valeur du salaire minimum de croissance par la durée légale du travail définie sur le mois en vigueur au premier jour de chaque mois ;

b) Pour les années 1998 à 2005, au montant annuel du salaire fixé en application des dispositions de l'article R. 351-29-2 ;

c) Pour chacune des années postérieures, à douze fois le produit de la valeur du salaire minimum de croissance par la durée légale du travail définie sur le mois en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande ; " ;

c) Le seizième alinéa du 4° relatif à la définition du paramètre i est ainsi complété :

" et des dispositions du c du 4° de l'article D. 382-33 " ;

d) Le dix-septième alinéa du 4° relatif à la définition du paramètre k est remplacé par les sept alinéas suivants :

" k est un coefficient dont la valeur varie en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il est informé de l'acceptation de sa demande :

de 0 à 51 pour les assurés âgés de 66 ans ;

de 0 à 52 pour les assurés âgés de 65 ans ;

de 0 à 53 pour les assurés âgés de 64 ans ;

de 0 à 54 pour les assurés âgés de 63 ans ;

de 0 à 55 pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ; " ;

e) Le dix-huitième alinéa du 4° relatif à la définition du paramètre A est remplacé par les sept alinéas suivants :

" A est l'âge de référence, fixé en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande à :

66 ans pour les assurés âgés de 66 ans ;

65 ans pour les assurés âgés de 65 ans ;

64 ans pour les assurés âgés de 64 ans ;

63 ans pour les assurés âgés de 63 ans ;

62 ans pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ".

6° Pour l'application de l'article D. 351-14-1 :

a) Au 1° du II, le montant : " 670 euros " est remplacé par le montant : " 465 euros " ;

b) Au 2° du II, le montant : " 1 000 euros " est remplacé par le montant : " 690 euros ".

Section 3 : Titulaires de mandats locaux

Article D382-34

Les indemnités de fonctions des élus des collectivités territoriales et des délégués de ces collectivités membres d'un établissement public de coopération intercommunale sont assujetties aux cotisations sociales, en application des dispositions de l'article L. 382-31, lorsque leur montant total dépasse la moitié du plafond mentionné à l'article L. 241-3.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 8 : Dispositions relatives à diverses catégories de personnes rattachées au régime général - Dispositions d'application du livre 3

Chapitre 3 : Dispositions d'application

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 1 : Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre 1 : Définitions : accidents du travail et accidents de trajet

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 1 : Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre 2 : Champ d'application - Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire et à diverses catégories de bénéficiaires

Section 1 : Dispositions générales relatives au champ d'application

Section 2 : Dispositions applicables aux salariés liés par un contrat de travail temporaire

Section 3 : Dispositions applicables à diverses catégories de bénéficiaires.

Article D412-1

Les ministres mentionnés aux 4° et 5° de l'article L. 412-8 sont le ministre chargé de la sécurité sociale, le garde des sceaux, ministre de la justice et le ministre chargé du budget.

Sous-section 1 : Délégués à la sécurité des ouvriers mineurs

Sous-section 2 : Elèves et étudiants.

Article D412-2

Les dispositions de la présente sous-section s'appliquent aux élèves et étudiants inscrits dans les établissements ou classes mentionnés ci-après, lorsqu'ils suivent dans ces établissements ou classes une scolarité ou un enseignement qui ne relève ni de l'apprentissage au sens du titre Ier du livre Ier du code du travail ni de la formation professionnelle continue au sens du livre IX dudit code.

Article D412-3

Le a) du 2° de l'article L. 412-8 s'applique exclusivement aux élèves et étudiants des classes et établissements publics et privés de l'enseignement technique suivants, placés sous le contrôle du ministre chargé de l'éducation nationale :

1°) sections d'éducation spécialisée des collèges et écoles nationales de perfectionnement ;

2°) classes préprofessionnelles de niveau, classes préparatoires à l'apprentissage et autres classes des lycées d'enseignement professionnel ;

3°) lycées techniques : classes de seconde spécifique, de seconde spéciale, enseignements technologiques spécialisés de la classe de seconde ; classes de première et terminale préparant au brevet et au baccalauréat de technicien ; sections préparant au brevet de technicien supérieur ; autres classes technologiques postérieures au baccalauréat ; sections techniques des lycées polyvalents ;

4°) sections assurant des formations complémentaires d'initiative locale ;

5°) instituts universitaires de technologie ; écoles et instituts nationaux délivrant un diplôme d'ingénieur : écoles nationales d'ingénieurs, écoles nationales supérieures d'ingénieurs, instituts nationaux de sciences appliquées et instituts nationaux polytechniques, université technologique de Compiègne, Conservatoire national des arts et métiers et ses centres associés ;

6°) classes et établissements secondaires ou supérieurs assurant un enseignement sanctionné par les diplômes auxquels préparent les établissements ou classes mentionnés du 1° au 5° ci-dessus.

Article D412-4

Le b. du 2° de l'article L. 412-8 s'applique aux élèves et étudiants des classes ou établissements ci-après :

1°) classes du premier cycle et du second cycle des établissements publics ou privés régulièrement déclarés de l'enseignement secondaire ;

2°) classes ou établissements publics ou privés régulièrement déclarés de l'enseignement supérieur ou de l'enseignement spécialisé placé sous le contrôle pédagogique de l'Etat ou des collectivités territoriales ;

3°) classes ou établissements publics ou privés d'enseignement professionnel pour handicapés : instituts médico-professionnels, Institut national des jeunes sourds, Institut national des jeunes aveugles ;

4°) classes ou établissements publics ou privés régulièrement déclarés, préparatoires à un diplôme d'activités physiques et sportives.

Article D412-5

Est considéré comme atelier ou laboratoire, pour l'application du b. du 2° de l'article L. 412-8, tout lieu dans lequel est dispensé un enseignement pratique qui expose les élèves et étudiants à des risques d'accident du fait de l'utilisation, de la manipulation ou du contact de matériels, matériaux ou substances nécessaires à l'enseignement.

La pratique de disciplines physiques ou sportives n'est assimilée à un travail en atelier ou en laboratoire que lorsqu'elle s'intègre dans un enseignement sanctionné par un diplôme spécifique à ces disciplines.

Sont également assimilés à des travaux en atelier ou en laboratoire les stages pratiques qui se déroulent sur les mêmes lieux que l'enseignement.

Article D412-5-1

Le f du 2° de l'article L. 412-8 s'applique aux élèves et étudiants des classes et établissements publics et privés non mentionnés aux articles D. 412-3 et D. 412-4 effectuant un stage faisant l'objet d'une convention tripartite.

Article D412-6

Les stages mentionnés aux a) et b) du 2° de l'article L. 412-8 sont ceux qui figurent au programme de l'enseignement et qui sont destinés à mettre en pratique, hors de l'établissement, l'enseignement dispensé par celui-ci, sous réserve qu'ils ne donnent pas lieu au versement d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1.

Les stages mentionnés au f du 2° de l'article L. 412-8 sont ceux, non mentionnés aux a et b, qui font l'objet d'une convention tripartite, sous réserve qu'ils ne donnent pas lieu au versement d'une rémunération au sens de l'article L. 242-1.

Sous-section 3 : Stagiaires des centres de formation professionnelle

Sous-section 4 : Personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle

Sous-section 5 : Pupilles de la protection judiciaire de la jeunesse.

Article D412-7

Sont considérés comme pupilles de la protection judiciaire de la jeunesse, au sens du 4° de l'article L. 412-8, les personnes confiées par décision de justice, en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945, des articles 375 et suivants du code civil, ou du décret n° 75-96 du 18 février 1975, à des services éducatifs publics ou privés relevant du ministère de la justice.

Les jeunes placés chez un employeur par les établissements ou institutions mentionnés à l'alinéa précédent, quelle que soit leur résidence, bénéficient de la législation sociale applicable aux travailleurs employés dans les mêmes conditions.

S'ils ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de cette législation, les dispositions des articles suivants leur sont applicables.

Article D412-8

Le travail commandé, au sens du 4° de l'article L. 412-8, s'entend de tout travail rémunéré ou non, quelle qu'en soit la nature, auquel le pupille est astreint par l'établissement ou la personne qui a autorité sur lui.

Article D412-9

Les fonctionnaires et agents de contrôle des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ainsi que les ingénieurs-conseils et les contrôleurs de sécurité régulièrement accrédités sont obligatoirement assistés du directeur de l'établissement ou de son représentant pour procéder aux enquêtes prévues à l'article L. 422-3.

Le cas échéant, ces enquêtes doivent être effectuées en relation avec les services de prévention de la mutualité sociale agricole.

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ou les caisses de mutualité sociale agricole peuvent recommander aux établissements et institutions recevant des pupilles de la protection judiciaire de la jeunesse de prendre toutes mesures qu'elles jugent utiles concernant l'hygiène et la sécurité des pupilles dans leur travail.

Article D412-10

Le directeur de l'établissement est tenu de fournir aux organismes susmentionnés tous renseignements qui lui sont demandés sur l'accident et les prestations qu'a pu recevoir la victime.

Article D412-11

La charge des prestations et indemnités afférentes à la période d'incapacité temporaire postérieure à la date à partir de laquelle la victime perd la qualité de pupille de la protection judiciaire de la jeunesse incombe à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement auquel la victime est ou était en dernier lieu confiée.

Il en est de même des prestations et indemnités prévues respectivement aux articles L. 432-5 à L. 432-10, lorsqu'elles sont attribuées postérieurement au départ du pupille.

Les prestations et indemnités mentionnées aux alinéas précédents sont servies à la victime, pour le compte de la caisse primaire d'assurance maladie qui en a la charge, par la caisse primaire dont relève la victime ou par la caisse primaire dans la circonscription de laquelle sont donnés les soins.

La charge des prestations et indemnités dues en cas d'incapacité permanente ou de décès incombe à la caisse primaire mentionnée au premier alinéa du présent article.

Article D412-12

Le service des prestations et indemnités autres que celles résultant de l'application de l'article précédent incombe à l'établissement ou à l'institution auquel a été confié le pupille.

Article D412-13

Une cotisation forfaitaire destinée à la couverture des charges prévues à l'article D. 412-11 est versée par l'établissement d'affectation pour tout pupille. Le montant de cette cotisation est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre chargé du budget et du ministre de l'agriculture.

Article D412-14

Les formalités de déclaration prévues par les articles L. 441-2 et suivants sont effectuées à la caisse primaire d'assurance maladie par le directeur de l'établissement.

La déclaration à la caisse primaire peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident.

Article D412-15

Le médecin attaché à l'établissement ou, d'une manière plus générale, le praticien appelé à donner des soins à la victime établit en double exemplaire un certificat indiquant l'état de celle-ci et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il remet un de ces certificats au directeur de l'établissement qui en fait parvenir sans délai copie à la caisse primaire. Le second est délivré à la victime.

Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical précisant les conséquences définitives, si celles-ci n'avaient pas été antérieurement constatées, est établi en double exemplaire par le médecin attaché à l'établissement ou par le praticien qui a donné des soins, suivant le cas.

Celui-ci remet l'un de ces certificats au directeur qui en adresse lui-même et sur-le-champ copie à la caisse primaire. Le second est délivré à la victime avec les pièces ayant servi à l'établir.

Article D412-16

Lorsque la victime perd la qualité de pupille de la protection judiciaire de la jeunesse avant la guérison ou la consolidation de la blessure, une feuille d'accident conforme aux prescriptions de l'article L. 441-5 lui est délivrée par la caisse primaire d'assurance maladie de sa résidence où elle doit obligatoirement se présenter pour être prise en charge.

A la fin du traitement ou dès que la feuille d'accident est entièrement utilisée, la victime adresse celle-ci à la caisse primaire d'assurance maladie qui l'a prise en charge. La caisse primaire délivre à la victime, s'il y a lieu, une nouvelle feuille d'accident.

Le médecin de l'établissement communique au médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, sur sa demande, tous renseignements utiles concernant les soins antérieurement donnés à la victime.

Article D412-23

La caisse primaire peut, dès qu'elle a connaissance de l'accident, faire procéder à un examen de la victime par un médecin conseil.

S'il y a désaccord entre le médecin conseil et le médecin de l'établissement ou le médecin traitant sur l'état de la victime, et notamment sur une question d'ordre médical touchant le caractère professionnel de la lésion ou de la maladie, ou si la victime en fait la demande expresse, il est procédé à un nouvel examen par un expert, conformément aux dispositions applicables à l'expertise médicale dans les régimes spéciaux de sécurité sociale.

Lorsque la caisse primaire est en désaccord avec l'établissement sur le droit à réparation ou sur la date de consolidation de la blessure fixée comme il est dit à l'article D. 412-29, elle peut se substituer à la victime pour porter le différend devant la juridiction compétente.

Article D412-24

Les conditions dans lesquelles le pupille de la protection judiciaire de la jeunesse victime d'un accident du travail au cours ou à l'occasion de l'exécution d'un travail commandé a droit aux prestations, remboursements de frais et indemnités prévus par le présent livre sont déterminées par les articles suivants.

Article D412-25

Les articles L. 431-1 et L. 432-1 à L. 432-10 sont applicables à la victime qui a perdu la qualité de pupille de la protection judiciaire de la jeunesse au cours de la période d'incapacité temporaire, en ce qui concerne les soins reçus et les frais exposés après la fin de la mesure éducative.

Ces prestations sont supportées, conformément aux dispositions des articles D. 412-11 à D. 412-13, par les caisses primaires d'assurance maladie.

Article D412-26

Les soins médicaux sont donnés au pupille par le personnel médical attaché à l'établissement ou désigné par le directeur, soit à la demande de la victime ou de son représentant légal, soit d'office.

Article D412-27

Lorsque le pupille paraît devoir bénéficier des dispositions des articles L. 432-6 à L. 432-10, le directeur de l'établissement saisit la juridiction compétente en vue d'une modification de garde.

Article D412-28

Lorsque la victime perd la qualité de pupille de la protection judiciaire de la jeunesse avant sa guérison ou la consolidation de sa blessure, elle a droit à l'indemnité journalière à compter du jour où la mesure éducative prend fin, sous réserve de l'obligation qui lui est faite de se présenter à la caisse primaire d'assurance maladie de sa résidence pour obtenir sa prise en charge, après contrôle de ladite caisse. Le jour où la mesure éducative prend fin est assimilé au jour de l'arrêt de travail consécutif à l'accident, pour le calcul de l'indemnité journalière.

Article D412-29

Le directeur de l'établissement fixe la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure d'après l'avis du médecin. En cas de désaccord, la date de guérison ou de consolidation est fixée d'après l'avis d'un expert conformément à la réglementation en vigueur en matière d'expertise médicale dans les régimes spéciaux de sécurité sociale.

Lorsque la victime a perdu la qualité de pupille de la protection judiciaire de la jeunesse, cette date est fixée par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève l'intéressé, après avis du médecin traitant.

Article D412-30

Le salaire servant de base au calcul des indemnités dues au pupille ou à ses ayants droit est le salaire minimum de la catégorie, de l'échelon ou de l'emploi qualifié dans laquelle ou lequel le pupille aurait normalement été classé à la fin de la mesure éducative.

Article D412-31

Aucune avance sur rente ne peut être accordée au jeune dans les conditions prévues par l'article R. 434-33 tant qu'il demeure pupille de la protection judiciaire de la jeunesse.

Les ayants droit du pupille victime d'un accident mortel peuvent demander à la caisse primaire que leur soit attribuée immédiatement une allocation provisionnelle dans les conditions prévues par l'article R. 434-18.

Article D412-32

La caisse primaire d'assurance maladie sert directement au pupille, à compter du jour où il est rayé des contrôles de l'établissement, les arrérages de la rente à laquelle il a droit.

Pendant tout le temps où la victime demeure pupille de la protection judiciaire de la jeunesse, la caisse primaire verse le montant des arrérages à un compte de dépôt ouvert à la demande du directeur de l'établissement au nom de l'intéressé.

Article D412-33

Pour l'application de l'article L. 443-1, le contrôle médical du mineur est exercé par le médecin de l'établissement et par les médecins conseils de la caisse primaire.

Ces praticiens se communiquent réciproquement les constatations qu'ils sont amenés à faire.

Le directeur de l'établissement donne immédiatement avis à la caisse primaire de toute atténuation ou aggravation de l'infirmité de la victime ou de son décès par suite des conséquences de l'accident.

Article D412-34

Sous réserve des dispositions de la présente sous-section, le titre VI du présent livre est applicable aux pupilles atteints de maladies professionnelles. Pour les jeunes placés dans un établissement dispensant une formation professionnelle aux métiers de l'agriculture, de la forêt, de la nature et des territoires, les maladies professionnelles sont celles qui sont mentionnées aux tableaux annexés au décret n° 55-806 du 17 juin 1955. Les obligations de l'employeur incombent au directeur de l'établissement ou de l'institution.

Article D412-35

Le directeur met à la disposition de la victime l'imprimé nécessaire à la déclaration.

Le certificat médical constatant la guérison ou la consolidation de l'état du malade ou indiquant les conséquences définitives est, comme le certificat initial prévu par l'article L. 461-5, établi en trois exemplaires qui reçoivent les mêmes destinations.

Sous-section 6 : Détenus.

Article D412-36

Les détenus exécutant un travail sont ceux qui y ont été admis sur leur demande.

Article D412-37

Tout travail d'un détenu mentionné à l'article D. 412-36, quelle qu'en soit la nature, lorsqu'il est rémunéré en espèces conformément aux règlements pénitentiaires, est un travail pénal.

Les dispositions de l'article L. 411-2 sont applicables aux accidents survenus au cours de déplacements accomplis par le détenu conformément aux règlements pénitentiaires, pour se rendre au lieu du travail.

Article D412-38

La charge des prestations et indemnités afférentes à la période d'incapacité temporaire postérieure à la libération du détenu, lorsque celle-ci intervient soit avant la guérison ou la consolidation de la blessure, soit au cours d'une rechute, incombe à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire où la victime est ou était en dernier lieu détenue, quel que soit le lieu effectif du travail ayant occasionné l'accident.

Il en est de même des prestations et indemnités prévues respectivement aux articles L. 432-5 à L. 432-10, lorsqu'elles sont attribuées postérieurement à la libération du détenu.

Les prestations et indemnités mentionnées aux alinéas précédents sont servies à la victime, pour le compte de la caisse primaire qui en a la charge, par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève la victime ou par la caisse primaire dans la circonscription de laquelle lui sont donnés les soins.

La charge des prestations et indemnités dues en cas d'incapacité permanente ou de décès incombe à la caisse primaire mentionnée au premier alinéa du présent article.

Article D412-39

Le service des prestations et indemnités dues conformément aux dispositions de la présente sous-section, autres que celles résultant de l'application de l'article précédent, incombe à la caisse primaire visée à l'article D. 412-38.

Article D412-40

Lorsque le travail est exécuté par voie de régie directe, une cotisation destinée à la couverture des charges prévues aux articles D. 412-38 et D. 412-39 est versée par l'administration pénitentiaire.

La cotisation est assise sur le volume total des salaires bruts des détenus occupés par l'établissement pénitentiaire.

Article D412-41

Lorsque le travail est exécuté par voie de concession, le concessionnaire paie la cotisation à l'administration pénitentiaire.

La cotisation est assise sur le montant total des rémunérations versées par le concessionnaire à l'administration pénitentiaire.

Article D412-42

Les fonctionnaires et agents de contrôle des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, ainsi que les ingénieurs conseils et les contrôleurs de sécurité régulièrement accrédités, sont obligatoirement assistés du

chef de l'établissement pénitentiaire ou de son représentant pour procéder aux enquêtes prévues à l'article L. 422-3.

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail peut présenter au chef de l'établissement pénitentiaire toutes suggestions qu'elle juge utiles concernant l'hygiène et la sécurité. En aucun cas, elle ne peut prendre à l'encontre de l'établissement pénitentiaire les mesures mentionnées à l'article L. 422-4.

Article D412-43

Les dispositions relatives à la prévention et figurant sous le titre II du présent livre sont applicables lorsque le travail est exécuté par voie de concession.

Toutefois, les enquêtes prévues par l'article L. 422-3 doivent faire l'objet d'une entente préalable avec le chef de l'établissement pénitentiaire intéressé et les résultats lui en être communiqués.

La caisse doit consulter le chef de l'établissement pénitentiaire sur la question de savoir si les mesures de prévention nécessaires sont compatibles avec l'exécution de la peine avant de faire toutes recommandations utiles sur les dispositions à prendre.

Lorsque le travail est exécuté par voie de régie directe, les enquêtes prévues à l'article L. 422-3 sont effectuées par les ingénieurs conseils et les contrôleurs de sécurité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail accompagnés d'un inspecteur du travail, et assistés du chef de l'établissement pénitentiaire intéressé.

Article D412-44

Les formalités de déclaration d'accident, prévues par l'article L. 441-2 sont effectuées par le chef de l'établissement pénitentiaire lorsque le travail est exécuté en régie.

Le concessionnaire est tenu de déclarer l'accident du travail au chef de l'établissement pénitentiaire qui doit établir la déclaration dans les conditions prévues à l'article L. 441-2.

La déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident.

Lorsque l'accident entraîne ou paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente du travail, le chef de l'établissement pénitentiaire où la victime est détenue en informe sans délai la caisse primaire.

Article D412-45

Le praticien hospitalier établit en double exemplaire un certificat indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier, la durée probable de l'incapacité de travail si les conséquences ne sont pas exactement connues. Il remet un de ces certificats au chef de l'établissement pénitentiaire qui en adresse sans délai copie à la caisse primaire d'assurance maladie. Le second est délivré à la victime.

Lors de la guérison de la blessure sans incapacité permanente ou, s'il y a incapacité permanente, au moment de la consolidation, un certificat médical précisant les conséquences définitives, si celles-ci n'avaient pas été antérieurement constatées, est établi en double exemplaire par le praticien hospitalier. Ce dernier remet l'un de ces certificats au chef de l'établissement pénitentiaire qui en adresse, lui-même et sur-le-champ, copie à la caisse primaire. Le second est délivré à la victime avec les pièces ayant servi à son établissement.

Article D412-46

Lorsque la victime est libérée avant la guérison ou la consolidation de la blessure, une feuille d'accident conforme aux prescriptions de l'article L. 441-5 lui est délivrée par la caisse primaire d'assurance maladie de sa résidence à laquelle elle devra obligatoirement se présenter pour être prise en charge.

A la fin du traitement ou dès que la feuille d'accident est entièrement utilisée, la victime adresse celle-ci à la caisse primaire d'assurance maladie qui l'a prise en charge et qui délivre à la victime, s'il y a lieu, une nouvelle feuille d'accident.

Le praticien hospitalier communique au médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, sur sa demande, tous renseignements utiles concernant les soins antérieurement donnés à la victime.

L'administration pénitentiaire doit également fournir aux caisses d'assurance maladie intéressées tous renseignements qui lui sont demandés.

Article D412-54

La caisse primaire d'assurance maladie peut, dès qu'elle a connaissance de l'accident, faire procéder à un examen de la victime par un médecin conseil.

S'il y a désaccord entre le médecin conseil et le praticien hospitalier sur l'état de la victime et notamment sur une question d'ordre médical touchant au caractère professionnel de la lésion ou de la maladie ou si la victime en fait la demande expresse, il est procédé à un nouvel examen par un expert conformément aux dispositions relatives à l'expertise médicale dans les régimes spéciaux de sécurité sociale.

Lorsque la caisse primaire d'assurance maladie est en désaccord avec l'administration pénitentiaire sur le droit à réparation ou sur la date de consolidation de la blessure fixée comme il est dit à l'article D. 412-63, elle peut se substituer à la victime pour porter le différend devant la juridiction compétente.

Article D412-56

Le détenu mentionné au 5° de l'article L. 412-8 ne peut, pendant la durée de la détention, obtenir communication des pièces de procédure pénale que sous réserve d'observer les formalités prévues par les articles R. 155 et suivants du code de procédure pénale.

Article D412-57

Les conditions dans lesquelles le détenu victime d'un accident du travail a droit aux prestations, remboursement de frais et indemnités prévus par le présent livre sont déterminées par les articles ci-après.

Article D412-58

Les articles L. 431-1 et L. 432-1 à L. 432-10 sont applicables aux détenus libérés au cours de la période d'incapacité temporaire, en ce qui concerne les soins reçus et les frais exposés après la date de libération.

Ces prestations sont supportées, conformément aux dispositions des articles D. 412-36 à D. 412-43 par les caisses primaires d'assurance maladie.

Article D412-59

Avant la libération, la victime ne peut faire choix de son médecin, de son pharmacien ou des auxiliaires médicaux dont l'intervention est prescrite par le médecin.

Les soins médicaux sont donnés par le praticien hospitalier ou selon ses prescriptions.

Article D412-60

Le droit d'être admis dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle ou d'être placé chez un employeur pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix ne sera ouvert au détenu devenu inapte à exercer sa profession qu'à compter de sa libération.

Il en est de même lorsque le traitement spécial en vue de la réadaptation fonctionnelle auquel la victime peut prétendre comporte l'admission dans un établissement public ou dans un établissement autorisé conformément aux dispositions de l'article L. 432-7.

Les restrictions prévues aux premier et deuxième alinéas ne sont pas applicables au détenu qui est admis par le juge de l'application des peines, à bénéficier d'un placement individuel à l'extérieur dans les conditions prévues par l'article D. 131 du code de procédure pénale.

Article D412-61

Dans le cas où la victime a été admise par le juge de l'application des peines à bénéficier d'un placement individuel à l'extérieur dans les conditions prévues par l'article D. 131 du code de procédure pénale, l'indemnité journalière peut faire l'objet en tout ou en partie d'une délégation de paiement au profit du conjoint ou des ayants droit de la victime ; à défaut, elle est versée à l'établissement pénitentiaire qui en créditera intégralement le pécule disponible du détenu.

Article D412-62

Lorsque la victime est libérée avant sa guérison ou la consolidation de sa blessure, elle a droit à l'indemnité journalière à compter du jour de sa libération conditionnelle ou définitive, sous réserve de l'obligation qui lui est faite de se présenter à la caisse primaire d'assurance maladie de sa résidence pour obtenir sa prise en charge, après avoir subi le contrôle de ladite caisse.

Le jour de la libération est assimilé au jour de l'arrêt de travail consécutif à l'accident, pour le calcul de l'indemnité journalière.

Le droit à l'indemnité journalière, prévu au premier alinéa du présent article, sera suspendu dans le cas où la victime serait écrouée à nouveau pour quelque cause que ce soit dans un établissement pénitentiaire, pendant la période d'incapacité temporaire, et ce sur avis donné à la caisse primaire d'assurance maladie par le chef de l'établissement pénitentiaire.

Article D412-63

Le chef de l'établissement pénitentiaire fixe la date de la guérison ou de la consolidation de la blessure d'après l'avis du praticien hospitalier pendant la détention. En cas de désaccord, la date de guérison ou de consolidation est fixée d'après l'avis d'un expert, conformément aux dispositions relatives à l'expertise médicale dans les régimes spéciaux de la sécurité sociale.

Après la libération, cette date est fixée par la caisse primaire d'assurance maladie dont relève l'intéressé, après avis du médecin traitant.

Article D412-64

Le salaire servant de base au calcul de la rente due au détenu atteint d'une incapacité permanente ou aux ayants droit du détenu victime d'un accident mortel s'entend de la rémunération effective totale attribuée à la victime à l'occasion du travail pénal ou dans son ou ses emplois antérieurs, pendant la période et dans les conditions prévues aux articles R. 434-29, R. 434-30 et R. 436-1.

Article D412-65

Aucune avance sur rente ne peut être accordée au détenu dans les conditions prévues par l'article R. 434-33 pendant la durée de la détention.

Les ayants droit du détenu victime d'un accident mortel peuvent demander à la caisse primaire d'assurance maladie que leur soit attribuée immédiatement une allocation provisionnelle dans les conditions prévues par l'article R. 434-18.

Article D412-66

La caisse primaire d'assurance maladie sert directement au détenu, à compter de sa libération conditionnelle ou définitive, les arrérages de la rente à laquelle il a droit.

Pendant la durée de la détention, la caisse primaire d'assurance maladie verse à l'établissement pénitentiaire auquel appartient le détenu atteint d'une incapacité permanente le montant des arrérages de la rente. Les sommes suivent les modalités de répartition du produit du travail des détenus fixées par les règlements pénitentiaires.

Article D412-67

Pour l'application de l'article L. 443-1, le contrôle médical pendant la durée de la détention est communément exercé par le médecin de l'administration pénitentiaire et par les médecins conseils de la caisse primaire d'assurance maladie.

Ces praticiens se communiquent réciproquement les constatations qu'ils sont amenés à faire.

Le chef de l'établissement pénitentiaire intéressé donne immédiatement avis à la caisse régionale de toute atténuation ou aggravation de l'infirmité de la victime ou de son décès par suite des conséquences de l'accident, dont il peut avoir connaissance au cours de la détention.

Article D412-68

Les conditions dans lesquelles le titre III et le titre VI du présent livre sont applicables aux détenus, sont déterminées par les articles suivants.

Article D412-69

Lorsque le travail est exécuté par voie de régie, les obligations de l'employeur incombent au chef de l'établissement pénitentiaire intéressé.

Article D412-70

Lorsque le travail est exécuté par voie de concession, l'employeur adresse la déclaration imposée par l'article L. 461-4 dans les formes prévues à l'article R. 461-4 :

1°) à la caisse primaire d'assurance maladie ;

2°) au chef de l'établissement pénitentiaire intéressé ;

3°) à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Toutefois, lorsque l'employeur a déjà fait cette déclaration en vertu des dispositions mentionnées au premier alinéa, il en informe seulement le chef de l'établissement pénitentiaire en précisant la date de sa déclaration.

Article D412-71

L'administration pénitentiaire met à la disposition de la victime l'imprimé nécessaire à l'établissement de sa déclaration.

Le certificat médical constatant la guérison ou la consolidation de l'état du malade ou indiquant les conséquences définitives est, comme le certificat initial prévu par l'article L. 461-5, établi en trois exemplaires qui reçoivent les mêmes destinations.

Sous-section 7 : Personnes condamnées à exécuter un travail d'intérêt général ou effectuant un travail non rémunéré au profit de la collectivité.

Article D412-72

Les personnes mentionnées au 5° de l'article L. 412-8 sont :

1° Les personnes condamnées à un travail d'intérêt général en application des articles 131-8,131-17, deuxième alinéa, et 132-54 du code pénal ;

2° Les personnes effectuant un travail non rémunéré au profit de la collectivité dans le cadre d'une composition pénale en application des articles 41-2 (6°) et 41-3 du code de procédure pénale.

Article D412-73

Sont garantis les accidents survenus quelle qu'en soit la cause par le fait ou à l'occasion du travail exécuté selon les modalités déterminées par le magistrat compétent.

Doivent également être considérés comme survenus à l'occasion du travail, les accidents dont pourraient être victimes les personnes mentionnées à l'article D. 412-72 pendant les trajets définis par l'article L. 411-2.

Article D412-74

L'exécution des obligations de l'employeur relatives notamment à l'affiliation des personnes mentionnées à l'article D. 412-72, au versement des cotisations et à la déclaration de l'accident, incombe au directeur interrégional des services pénitentiaires.

Sans préjudice des obligations qui lui incombent à l'égard de son employeur en exécution de l'article L. 441-1, la victime d'un accident du travail doit en informer ou en faire informer le service utilisateur.

Le service utilisateur doit déclarer dans les 24 heures au directeur interrégional des services pénitentiaires tout accident dont il a eu connaissance et dont a été victime un condamné mis à sa disposition.

Article D412-75

Le salaire servant de base au calcul des rentes dues en cas de décès ou pour une incapacité permanente supérieure ou égale au seuil fixé à l'article L. 434-16 est égal au salaire minimum prévu à l'article précité. Le montant retenu est celui en vigueur soit à la date de l'arrêt de travail résultant de l'accident, de la rechute ou de l'aggravation, soit, en l'absence d'arrêt de travail, à la date de la constatation de l'incapacité permanente.

Article D412-76

Le salaire servant de base au calcul des indemnités dues en cas d'incapacité temporaire est égal au salaire minimum de croissance tel qu'il est en vigueur à la date de l'accident ou de la rechute.

Article D412-77

Une cotisation forfaitaire destinée à la couverture des charges prévues aux articles précédents de la présente sous-section est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du garde des sceaux, ministre de la justice.

Le salaire servant de base au calcul de cette cotisation est égal au salaire annuel minimum mentionné à l'article L. 434-16.

Sous-section 8 : Membres bénévoles des organismes sociaux.

Article D412-78

Pour l'application du 6° de l'article L. 412-8 :

1°) ne peuvent être considérés comme organismes à objet social ceux dont l'objet est de réaliser des bénéfices ;

2°) sont regardées comme participant bénévolement au fonctionnement de l'organisme les personnes élues ou désignées pour exercer à titre bénévole les fonctions définies à l'article D. 412-79.

Article D412-79

I. # ORGANISMES LIES AUX INSTITUTIONS DE PREVOYANCE, DE SECURITE SOCIALE OU DE MUTUALITE

Les fonctions mentionnées à l'article D. 412-78 sont les suivantes :

A. # En ce qui concerne le régime général de sécurité sociale :

membres des conseils d'administration ou conseil des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales, d'assurance vieillesse, de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, de l'union des caisses nationales de sécurité sociale, des organismes agréés mentionnés à l'article R. 382-6 du présent code, des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, des unions de recouvrement, des caisses générales pour les départements d'outre-mer, des caisses d'allocations familiales, des unions ou fédérations des caisses, des comités ou commissions fonctionnant auprès de ces conseils d'administration ou conseil.

B. # En ce qui concerne les organisations spéciales et régimes spéciaux de sécurité sociale :

1°) membres des commissions ou comités constitués en application du présent code et, conformément aux dispositions qui les régissent, auprès des administrations, services, offices et établissements publics de l'Etat (autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial) qui versent directement à leurs personnels les prestations d'accidents du travail ;

2°) membres des commissions ou comités constitués en application du présent code et, conformément aux dispositions qui les régissent, auprès des administrations départementales ou communales et des établissements publics départementaux et communaux (autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial) qui sont autorisés à assurer directement la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les conditions prévues par le décret n° 56-511 du 24 mai 1956 ;

3°) membres des conseils d'administration, comités et commissions constitués au titre des législations de sécurité sociale et, conformément aux dispositions qui les régissent respectivement, auprès :

a. des organismes spéciaux à certaines branches d'activités, collectivités ou entreprises qui assument directement la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

b. de la Société nationale des chemins de fer français ;

c. des chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et des tramways ;

d. de la Régie autonome des transports parisiens ;

e. des entreprises soumises au statut des industries électriques et gazières ;

f. de la compagnie générale des eaux ;

g. de la Banque de France ;

h. du Théâtre national de l'Opéra de Paris et de la Comédie Française ;

i. des régimes spéciaux mentionnés à l'article R. 711-24 ;

4°) membres des conseils d'administration de la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, des sociétés de secours minières et de leurs unions régionales, membres des comités ou commissions fonctionnant auprès de ces conseils d'administration ;

5°) membres des conseils d'administration, comités ou commissions constitués pour l'application du présent code ou pour la gestion d'un régime spécial mentionné par celui-ci et conformément aux dispositions qui les régissent, auprès de toutes autres collectivités ou organismes qui assument en tout ou partie des attributions dévolues aux caisses et aux services ci-dessus énumérés ;

6°) membres des commissions régionales et de la commission nationale prévues à l'article R. 162-23.

C. # En ce qui concerne les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés mentionnés à l'article L. 621-3 :

membres des conseils d'administration des caisses constituées pour l'application des régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés ; membres des comités et commissions fonctionnant auprès de ces conseils d'administration.

D. # En ce qui concerne le régime d'assurance maladie et maternité :

membres des conseils d'administration de la caisse nationale et des caisses de base mentionnées à l'article L. 611-3 ; membres des comités ou commissions fonctionnant auprès desdits conseils d'administration.

E. # En ce qui concerne les commissions médico-sociales paritaires nationales et départementales fonctionnant dans le cadre des conventions conclues avec les professions médicales et paramédicales :

représentants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, membres desdites commissions.

F. # En ce qui concerne l'institut de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles :

membres du conseil d'administration de cet institut.

G. # En ce qui concerne les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale établies dans le cadre d'une ou plusieurs entreprises et ayant reçu l'autorisation du ministre du travail :

membres des conseils d'administration, comités ou commissions chargés de ou participant à la gestion de ces institutions.

H. # En ce qui concerne l'organisation de la mutualité :

1°) membres des conseils d'administration des sociétés mutualistes, de leurs unions et fédérations, des comités et commissions constitués auprès de ces conseils d'administration ;

2°) membres des comités départementaux de coordination de la mutualité.

II. # ORGANISMES LIES A LA PROTECTION SOCIALE ET A LA SANTE PUBLIQUE

Les fonctions mentionnées à l'article D. 412-78 sont les suivantes :

A. # En ce qui concerne le régime national interprofessionnel d'allocations spéciales aux travailleurs sans emploi de l'industrie et du commerce (ordonnance n° 84-198 du 21 mars 1984, arrêté du 28 mars 1984) :

membres :

de la commission paritaire nationale instituée par l'article 2 de la convention du 24 février 1984 ;

des conseils d'administration, commissions ou comités fonctionnant au sein des organismes créés en vertu de l'article 4 de la convention précitée, pour gérer le régime national interprofessionnel d'allocations spéciales aux travailleurs sans emploi de l'industrie et du commerce, savoir : de l'union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC) et de Pôle emploi.

B. # En ce qui concerne l'organisation de la formation professionnelle des adultes (AFPA) (décret du 9 novembre 1946, modifié) :

membres de l'assemblée générale et du conseil d'administration de l'AFPA ;

membres exerçant un mandat à caractère permanent des commissions nationales paritaires professionnelles de la formation professionnelle des adultes.

C. # En ce qui concerne l'organisation de la médecine du travail prévue par les articles L. 4621-1, L. 4622-1, R. 4621-1, R. 4626-1, D. 4622-1 à D. 4622-3 du code du travail :

membres des conseils d'administration, commissions ou comités des associations médicales interentreprises de médecine du travail.

D. # En ce qui concerne les institutions de protection de la santé publique et d'hygiène sociale :

membres du conseil d'administration de l'institut national de la santé et de la recherche médicale ainsi que des conseils et comités institués pour le fonctionnement des institutions créées au sein dudit institut ;

membres du conseil d'administration et du comité des études de l'école nationale de la santé publique ;

membres des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale créés par la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988.

E. # En ce qui concerne les hôpitaux et hospices publics (décret n° 72-350 du 2 mai 1972) :

membres des commissions administratives des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics.

F. # En ce qui concerne les établissements de lutte contre les fléaux sociaux (Livre III du code de la santé publique) :

membres :

des conseils d'administration des centres de lutte contre le cancer (articles L. 321 et L. 322 du code de la santé publique) ;

des commissions administratives des hôpitaux psychiatriques autonomes (décret du 12 juin 1912 modifié, articles 1er à 9) ;

des commissions de surveillance des hôpitaux psychiatriques départementaux (ordonnance du 18 décembre 1839, articles 1er, 2,4,5) ;

des commissions de surveillance des établissements de cure publics et des sanatoriums publics de postcure (décrets n° 48-864 du 24 mai 1948, articles 16 et 18 ; n° 48-865, articles 13 et 15 ; n° 48-866, article 1er ; décret n° 50-21 du 6 janvier 1950, article 22).

G. # En ce qui concerne les institutions sociales et médico-sociales :

1° Membres des conseils d'administration, commissions ou comités fonctionnant au sein des organismes gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Membres actifs de ces organismes dûment mandatés pour assurer de manière régulière les missions à but social et médico-social définies à l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles ;

3° Membres du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique, membres des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale et membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale institués par l'article L. 312-3 du code de l'action sociale et des familles ;

4° Personnes qualifiées mentionnées à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles.

Sont exclus du champ d'application du G les membres des conseils d'administration, commissions ou comités fonctionnant au sein des organismes mentionnés au 1° ci-dessus ainsi que les membres actifs de ces

organismes définis au 2° lorsque le personnel desdits organismes relève des régimes de protection sociale agricole.

H. # En ce qui concerne les établissements nationaux de bienfaisance (décret du 18 décembre 1923 ; décret du 1er février 1924 ; décret n° 51-300 du 7 novembre 1951 ; décret du 13 juin 1955) :

membres des commissions consultatives ou administratives créées auprès de chacun des établissements nationaux de bienfaisance mentionnés respectivement par les décrets précités.

I. # En ce qui concerne les institutions de protection sociale de l'enfance et institutions de l'aide sociale prévues par le code de l'action sociale et des familles et par les articles R. 5213-1, R. 5213-2, R. 5213-7 et R. 5213-8 du code du travail :

membres :

des commissions administratives instituées pour la gestion des bureaux d'aide sociale prévus par les articles L. 123-6 et L. 123-9 du code de l'action sociale et des familles ;

des commissions d'admission à l'aide sociale et des commissions départementales de recours prévues par les articles L. 131-5, L. 134-6 et L. 134-9 du code de l'action sociale et des familles ;

des conseils de famille des pupilles de l'Etat prévus par l'article L. 223-4 du code de l'action sociale et des familles ;

des conseils départementaux de protection de l'enfance prévus à l'article 5 du décret n° 59-100 du 7 janvier 1959.

J. # En ce qui concerne les institutions familiales :

personnes désignées par l'union nationale et des unions départementales et locales des associations familiales pour assurer la tutelle aux prestations sociales ou gérer un service d'intérêt familial en application des dispositions de l'article L. 211-3 du code de l'action sociale et des familles.

K. # En ce qui concerne les associations d'action éducative, associations gérant des équipements, habilitées par les ministères chargés de la justice, de la santé et de la famille (ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 et décret n° 46-734 du 16 avril 1946) :

1°) membres des conseils d'administration, comités ou commissions fonctionnant au sein de ces organismes ;

2°) animateurs réguliers dûment mandatés de ces organismes.

L. # En ce qui concerne les associations intermédiaires prévues par l'article L. 5132-7 du code du travail :

Membres bénévoles administrant les associations intermédiaires agréées par le préfet du département concerné.

III. # INSTITUTIONS JUDICIAIRES

Les fonctions mentionnées à l'article D. 412-78 sont les suivantes :

A. # En ce qui concerne l'organisation du contentieux général et du contentieux technique de la sécurité sociale :

1°) membres assesseurs titulaires et suppléants :

- a. des tribunaux des affaires de sécurité sociale ;
- b. des commissions régionales du contentieux technique ;
- c. de la commission nationale technique ;

2°) membres de la commission prévue au cinquième alinéa de l'article R. 144-2.

3°) personnes en retraite participant au fonctionnement des organismes du contentieux technique et du contentieux général de la sécurité sociale, mentionnées à l'article R. 142-15, au deuxième alinéa de l'article R. 143-4, aux articles R. 143-5, R. 143-15, R. 143-20, R. 143-26 à R. 143-28, R. 144-1 et R. 144-2.

B. # En ce qui concerne les conseils des prud'hommes :

membres des conseils de prud'hommes.

C. # En ce qui concerne les tribunaux de commerce :

magistrats des tribunaux de commerce.

D. # En ce qui concerne les tribunaux paritaires des baux ruraux :

membres assesseurs des tribunaux paritaires des baux ruraux.

E. # En ce qui concerne les tribunaux pour enfants :

membres assesseurs des tribunaux pour enfants.

IV. # MINISTERES

Les fonctions mentionnées à l'article D. 412-78 sont les suivantes :

A. # En ce qui concerne le ministère de la justice :

1° visiteurs de prison agréés par le directeur régional de l'administration pénitentiaire après avis du préfet et du juge de l'application des peines ;

2° membres bénévoles des comités de probation et d'assistance aux libérés agréés par le juge de l'application des peines ;

3° délégués à la liberté surveillée désignés par le juge des enfants ;

4° membres de conseils d'administration et bénévoles dûment mandatés d'associations agréées par le ministère de la justice et contribuant à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes se trouvant placées sous main de justice ;

5° conciliateurs.

B. # En ce qui concerne le ministère chargé du travail :

1°) membres du conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés prévu à l'article R. 5214-3 du code du travail et membres de la section permanente mentionnée à l'article R. 5214-13 du code du travail ;

2° Membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prévue par l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles ;

3°) conseillers des salariés convoqués à un entretien préalable à licenciement inscrits sur une liste dressée par le préfet du département ;

4° Membres du Conseil supérieur de la prud'homie institué par L. 1431-1 du code du travail.

C. # En ce qui concerne le ministère chargé des affaires sociales et ministère chargé de l'éducation :

membres des commissions de l'éducation spéciale et des commissions de circonscription.

V. # DIVERS

Les fonctions mentionnées à l'article D. 412-78 sont les suivantes :

A. # En ce qui concerne les caisses d'épargne ordinaires :

1°) membres des conseils d'administration des caisses d'épargne ordinaires ;

2°) membres de la commission supérieure des caisses d'épargne.

B. # En ce qui concerne le Défenseur des droits : délégués du Défenseur des droits.

Article D412-80

Sans préjudice de l'application des dispositions des articles L. 413-13, L. 413-14 et de l'article 2 du décret n° 56-511 du 24 mai 1956, les obligations de l'employeur, notamment :

1°) la déclaration en vue de l'immatriculation des personnes auxquelles s'applique la présente sous-section ;

2°) l'affiliation de ces personnes à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle l'organisme mentionné à l'article D. 412-79 a son siège ;

3°) le versement des cotisations ;

4°) la déclaration des accidents,

incombent à la personne, au service ou à l'institution responsable du fonctionnement de l'organisme à objet social mentionné à l'article D. 412-79.

Article D412-81

Le salaire servant de base au calcul des cotisations est égal au double du salaire annuel minimum prévu à l'article L. 434-16. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer des cotisations forfaitaires.

Le salaire servant de base au calcul des indemnités et des rentes est égal au double dudit salaire minimum tel qu'il est en vigueur soit à la date de l'arrêt de travail résultant de l'accident, de la rechute ou de l'aggravation, soit, s'il n'y a pas eu d'arrêt de travail, à la date de constatation de l'incapacité permanente.

Sous-section 9 : Salariés désignés pour siéger dans certains organismes.

Article D412-82

Les salariés mentionnés au 7° de l'article L. 412-8 sont ceux qui sont désignés pour siéger dans les organismes dont la liste est fixée par l'arrêté interministériel prévu au cinquième alinéa de l'article L. 992-8 du code du travail, à l'exception de ceux qui bénéficient de la législation sur les accidents du travail en qualité de membres bénévoles des organismes sociaux énumérés à l'article D. 412-79.

Article D412-83

Sont garantis les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des missions effectuées par les personnes mentionnées à l'article D. 412-82. Doivent également être considérés comme survenus à l'occasion de leurs missions, les accidents dont pourraient être victimes ces personnes pendant le trajet d'aller et de retour entre leur lieu de travail et les organismes à l'activité desquels elles participent.

Article D412-84

Les obligations de l'employeur, notamment l'affiliation des personnes mentionnées à l'article D. 412-82 à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle l'organisme a son siège, le versement des cotisations et la déclaration des accidents, incombent à la personne, au service, à l'institution ou à l'administration responsable de la gestion de cet organisme.

Article D412-85

Le salaire servant de base au calcul des cotisations est égal au double du salaire annuel minimum prévu à l'article L. 434-16. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer des cotisations forfaitaires.

Le salaire servant de base au calcul des indemnités et des rentes est égal au double dudit salaire minimum, tel qu'il est en vigueur soit à la date de l'arrêt de travail résultant de l'accident, de la rechute ou de l'aggravation, soit, s'il n'y a pas eu d'arrêt de travail, à la date de constatation de l'incapacité permanente.

Sous-section 10 : Personnes bénéficiaires d'un revenu minimum d'insertion.

Article D412-86

Les actions d'insertion professionnelle organisées en faveur des bénéficiaires du revenu de solidarité active ainsi que des membres de leur foyer pour l'exécution de l'engagement prévu à l'article L. 262-36 du code de l'action sociale et des familles ouvrent droit pour les intéressés à la protection prévue à l'article L. 412-8 (10°) lorsque, pour leur participation à ces mêmes actions, ils ne bénéficient pas à un autre titre d'une protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La personne morale organisatrice tient un registre mentionnant les assurés visés à l'alinéa précédent. Ce registre est mis à la disposition des agents des organismes de sécurité sociale.

Article D412-87

Les actions et activités mentionnées à l'article D. 412-86 donnent lieu au versement d'une cotisation horaire forfaitaire, dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D412-88

Les obligations de l'employeur, notamment le paiement des cotisations, l'affiliation des bénéficiaires et la déclaration des accidents incombent aux personnes morales de droit public ou de droit privé mettant en oeuvre les actions et activités mentionnées à l'article D. 412-86.

Article D412-89

Le salaire servant de base au calcul de la rente est égal au salaire annuel mentionné à l'article L. 434-16.

Sous-section 11 : Bénéficiaires d'actions d'aide à la création d'entreprises, d'orientation, d'évaluation ou d'accompagnement dans la recherche d'emploi

Article D412-91

Les accidents garantis sont ceux qui surviennent au cours de l'action prescrite ou dispensée par Pôle emploi ou par les organismes mentionnés aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 5135-2 du code du travail ou sur le trajet d'aller et de retour entre le domicile des personnes bénéficiaires d'actions d'aide à la création d'entreprises, d'orientation, d'évaluation ou d'accompagnement dans la recherche d'emploi et le lieu de déroulement de l'action.

Article D412-92

Le salaire servant de base au calcul de la rente des bénéficiaires des actions prescrites par les organismes mentionnés au 11° de l'article L. 412-8 est égal au salaire annuel mentionné à l'article L. 434-16 en vigueur à la date de l'accident.

Le salaire servant de base au calcul des indemnités journalières des demandeurs d'emploi titulaires d'un des revenus de remplacement mentionnés à l'article L. 5421-2 du code du travail est égal au salaire minimum de croissance correspondant à la durée légale du travail et applicable à la date de l'accident ou, s'il lui est supérieur, à leur revenu de remplacement. Toutefois, le montant de l'indemnité ainsi calculée ne peut, en aucun cas, dépasser le montant du revenu de remplacement.

Article D412-93

Les actions mentionnées à l'article L. 412-8 (11°) donnent lieu au versement d'une cotisation horaire forfaitaire, dont le montant est fixé dans les conditions posées à l'article L. 241-5.

Le paiement de cette cotisation incombe à Pôle emploi ou aux organismes mentionnés aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 5135-2 du code du travail qui la versent à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales territorialement compétente.

Ce paiement est accompagné d'un bordereau daté et signé indiquant le nombre de bénéficiaires ayant participé aux actions mentionnées à l'article L. 412-8 (11°), le nombre d'heures représentées par ces actions et le montant global des cotisations s'y rapportant.

Une copie de ce bordereau est adressée à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail.

Article D412-94

La déclaration de l'accident à la caisse primaire d'affiliation des personnes bénéficiaires des actions mentionnées au 11° de l'article L. 412-8 incombe aux organismes qui ont prescrit ces actions. Si l'accident ne se produit pas dans les locaux de ces organismes, ceux-ci doivent en être informés dans les vingt-quatre heures par le responsable de l'action.

Sous-section 12 : Salariés bénéficiaires d'un congé de représentation

Article D412-95

Sont garantis les accidents survenus par le fait ou à l'occasion des missions effectuées par les personnes mentionnées à l'article L. 412-8 (12°) dans le cadre du congé de représentation. Doivent également être considérés comme survenus à l'occasion de leurs missions les accidents dont pourraient être victimes ces personnes pendant le trajet d'aller et de retour entre leur lieu de travail et les instances aux travaux desquelles elles participent.

Article D412-96

Les obligations de l'employeur concernant les salariés en congé de représentation mentionnés à l'article L. 412-8 (12°), notamment l'affiliation à la caisse primaire d'assurance maladie, le versement des cotisations et la déclaration des accidents incombent à l'association ou à la mutuelle dont est membre le salarié et qu'il est chargé de représenter. La caisse primaire d'assurance maladie compétente est celle dans la circonscription de laquelle ladite association ou mutuelle a son siège.

Article D412-97

Le salaire servant de base au calcul des cotisations est égal au double du salaire annuel minimum prévu à l'article L. 434-16.

Le salaire servant de base au calcul des indemnités et des rentes est égal au double dudit salaire minimum tel qu'il est en vigueur soit à la date de l'arrêt de travail résultant de l'accident, de la rechute ou de l'aggravation, soit, s'il n'y a pas eu d'arrêt de travail, à la date de constatation de l'incapacité permanente.

Sous-section 13 : Volontariat pour l'insertion. # Service civique.

Article D412-98-1

Pour les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national, l'établissement public d'insertion de la défense mentionné à l'article L. 3414-1 du code de la défense est redevable d'une cotisation égale à 0,45 % du salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16. Cette cotisation est due pour chaque période de douze mois consécutifs quelle que soit la durée effective du volontariat pour l'insertion à l'intérieur de cette période.

Article D412-98-2

La cotisation forfaitaire mentionnée à l'article L. 120-26 du code du service national due au titre de la couverture des risques accidents du travail et maladies professionnelles est égale à 0,05 % du salaire minimum mentionné à l'article L. 434-16. Cette cotisation mensuelle est due pendant la durée du service civique.

Sous-section 14 : Personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique.

Article D412-99

En l'absence de la rémunération définie à l'article R. 783-2 du code du travail, la cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles de la personne bénéficiant d'appui au projet d'entreprise pour la création ou la reprise d'une activité économique est calculée sur une assiette forfaitaire dont le montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D412-99-1

Les obligations de l'employeur, notamment le paiement des cotisations, l'affiliation des bénéficiaires et la déclaration des accidents, incombent à la personne morale responsable de l'appui.

Article D412-99-2

Le salaire minimum servant de base au calcul de la rente est égal au salaire annuel mentionné à l'article L. 434-16.

Sous-section 15 : Personnes titulaires d'une convention de tutorat.

Article D412-99-3

Le taux de la cotisation d'accidents du travail et de maladies professionnelles due pour les tuteurs mentionnés à l'article L. 412-8 est égal au taux net constitué du taux brut moyen déterminé chaque année par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés affecté des majorations définies à l'article D. 242-6-9.

Article D412-99-4

Les obligations de l'employeur, notamment le paiement des cotisations, l'affiliation des bénéficiaires et la déclaration des accidents incombent au repreneur de l'entreprise, signataire de la convention mentionnée à l'article L. 129-1 du code de commerce.

Article D412-99-5

La rémunération servant de base au calcul de la cotisation et à celui de la rente est égale au salaire annuel mentionné à l'article L. 434-16.

Sous-section 16 : Titulaires de mandats locaux

Article D412-99-6

Pour les élus locaux mentionnés au 16° de l'article L. 412-8, les obligations de l'employeur, notamment le paiement des cotisations, l'affiliation des bénéficiaires et la déclaration des accidents, incombent aux collectivités territoriales et établissements publics de coopération intercommunale. Pour la détermination du taux de ces cotisations, les élus sont assimilés aux agents non titulaires de la collectivité territoriale ou de l'établissement public de coopération intercommunale.

Les indemnités d'incapacité temporaire ou permanente sont calculées sur le montant total des indemnités de fonctions assujetties aux cotisations d'accidents du travail et maladies professionnelles en application de l'article L. 382-31.

Sous-section 17 : Entrepreneurs salariés et entrepreneurs salariés associés d'une coopérative d'activité et d'emploi

Article D412-100

Pour les entrepreneurs salariés et les entrepreneurs salariés associés d'une coopérative d'activité et d'emploi mentionnés au 17° de l'article L. 412-8, les obligations de l'employeur, notamment l'affiliation des bénéficiaires, le paiement des cotisations, et la déclaration des accidents incombent à la coopérative d'activité et d'emploi avec laquelle ils ont conclu le contrat mentionné au 2° de l'article L. 7331-2 du code du travail.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 1 : Généralités - Dispositions propres à certains bénéficiaires

Chapitre 3 : Dispositions applicables aux personnes indemnisées en application de textes antérieurs - Régimes distincts

Section 1 : Dispositions applicables aux personnes indemnisées en application de textes antérieurs

Section 2 : Régimes distincts

Sous-section 1 : Pensions

Sous-section 2 : Collectivités, établissements et entreprises assurant directement la charge de la réparation

Paragraphe 1 : Entreprises privées.

Article D413-1

Le présent paragraphe fixe les conditions auxquelles est subordonné le maintien de l'autorisation d'assumer directement le service des prestations prévues aux articles L. 432-2 à L. 432-4 et L. 433-1 à L. 433-3, accordée par le ministre chargé de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article L. 493 de l'ancien code de la sécurité sociale en vigueur avant la publication du décret n° 60-452 du 12 mai 1960, ainsi que les modalités suivant lesquelles est assuré et contrôlé le service desdites prestations.

Article D413-2

L'employeur doit justifier de la caution solidaire d'un établissement bancaire compris sur une liste arrêtée conjointement par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget en garantie du paiement des indemnités et de toutes sommes dues à l'occasion de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Un arrêté concerté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget détermine les détails d'application du présent article.

Article D413-3

En aucun cas, le comité d'entreprise ne peut confier la direction administrative ou la gestion financière des services mentionnés à l'article D. 413-1 à des personnes n'appartenant pas au personnel de l'entreprise.

Article D413-4

L'employeur remet périodiquement au comité d'entreprise les sommes destinées à couvrir le montant des prestations et des dépenses de gestion. Ces sommes sont calculées en appliquant à l'ensemble des salaires payés au personnel un coefficient fixé par accord entre l'employeur et le comité d'entreprise, sous réserve de l'approbation de la caisse régionale ou, à défaut d'accord par ladite caisse, sans préjudice du recours prévu à l'article L. 242-5.

Les bénéfices réalisés sont versés à un fonds de réserve. Lorsque l'avoir de celui-ci atteint le montant des redevances payées par l'employeur pendant les six derniers mois, ces bénéfices sont répartis par moitié entre l'entreprise et le comité d'entreprise. Les déficits sont supportés par le fonds de réserve et, à défaut, par l'entreprise.

La part bénéficiaire du comité d'entreprise est affectée à l'amélioration des mesures de prévention et de sécurité.

Suivant la date habituelle d'arrêt des compte de l'entreprise, un inventaire financier est dressé annuellement par le comité d'entreprise, soit au 30 juin, soit au 31 décembre, faisant apparaître les résultats de la gestion du risque professionnel et, éventuellement, le montant des sommes affectées au fonds de réserve susmentionné. Une copie du compte de profits et pertes et du bilan, arrêtés à l'une des deux dates précitées, est adressée, dans un délai maximum de trois mois, à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement ou le groupe d'établissements ayant obtenu l'autorisation.

Article D413-5

La caisse primaire dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement ou le groupe d'établissements autorisés exerce le contrôle du service organisé par le comité d'entreprise, sans préjudice des dispositions des articles L. 243-11 et L. 243-13.

Article D413-6

Dans les cas définis à l'article L. 442-1, l'enquête est effectuée à la diligence du comité d'entreprise, qui en informe immédiatement la caisse primaire d'assurance maladie. En cas de carence du comité d'entreprise, la caisse primaire peut prendre l'initiative de l'enquête.

La caisse primaire chargée du contrôle de la gestion du risque qui entend contester le caractère professionnel de l'accident doit, indépendamment des obligations qui lui incombent en vertu des articles R. 441-10 et suivants en informer, dans le délai de vingt jours prévu au premier alinéa dudit article, le comité d'entreprise qui est tenu de lui faire connaître son avis écrit dans un nouveau délai de quinzaine.

En dehors du cas prévu au précédent alinéa, le comité d'entreprise a la faculté d'adresser de sa propre initiative à la caisse primaire son avis sur le caractère professionnel ou non de l'accident, dans le délai de quinzaine à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de l'accident, par quelque moyen que ce soit. Cet avis entraîne pour la caisse primaire l'obligation de prendre une décision explicite sur le caractère professionnel de l'accident.

Dans les cas prévus aux deux alinéas qui précèdent, la décision prise par la caisse primaire, compte tenu de l'avis du comité d'entreprise et conformément aux dispositions de l'article R. 441-6, est notifiée au comité d'entreprise ; elle est opposable à ce dernier.

Lorsque la caisse primaire est en désaccord avec le comité d'entreprise sur la date de consolidation de la blessure, elle peut se substituer à la victime pour porter le différend devant la juridiction compétente.

Article D413-7

Le comité d'entreprise est tenu de fournir aux caisses d'assurance maladie intéressées tous renseignements qui lui sont demandés.

Article D413-8

En cas de carence constatée ou de défaillance du comité d'entreprise, la caisse primaire assure le paiement des prestations aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, sauf son recours contre l'employeur et contre la caution pour obtenir le remboursement des sommes payées.

Article D413-9

L'autorisation d'assumer directement le service des prestations qui avait été donnée sur le fondement de la réglementation applicable avant le 13 mai 1960 peut être retirée par le ministre chargé de la sécurité sociale sur avis motivé de la caisse primaire intéressée, notamment si les rapports de contrôle font apparaître que le risque n'est pas géré de façon satisfaisante ou que l'effort de prévention est insuffisant ou que les

renseignements statistiques et comptables ne sont pas fournis de façon régulière aux caisses de sécurité sociale.

L'autorisation peut être également retirée si l'employeur cesse de justifier de la caution solidaire prévue à l'article D. 413-2.

L'employeur ou le comité d'entreprise peut à tout moment, par une déclaration adressée à la caisse primaire, qui la transmet au ministre chargé de la sécurité sociale, renoncer à l'application des modalités particulières prévues au présent paragraphe pour être soumis au régime général de sécurité sociale.

Le retrait de l'autorisation ou la renonciation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la notification ministérielle faite à l'entreprise du retrait d'autorisation, ou la notification de la renonciation faite par l'employeur à la caisse intéressée. Le comité d'entreprise continue à assurer le service des prestations pour les accidents survenus antérieurement à la date d'effet du retrait d'autorisation ou de la renonciation.

Le ministre chargé de la sécurité sociale, en prononçant le retrait, peut décider la substitution de la caisse primaire d'assurance maladie intéressée au comité d'entreprise, sans préjudice du recours de ladite caisse contre l'employeur et contre la caution pour obtenir le remboursement des sommes payées.

Le ministre chargé de la sécurité sociale détermine, le cas échéant, la caisse primaire à laquelle est dévolu le fonds de réserve mentionné à l'article D. 413-4.

Paragraphe 2 : Collectivités, établissements et entreprises assurant un service public, entreprises privées d'intérêt général et employeurs assujettis à une organisation spéciale de sécurité sociale.

Article D413-10

Les dispositions du premier paragraphe s'appliquent, sous réserve des dispositions particulières qui les régissent et des dispositions spéciales fixées par les arrêtés d'autorisation aux collectivités, établissements et entreprises qui ont obtenu l'autorisation d'assumer directement la charge totale ou partielle de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles délivrée antérieurement au 13 mai 1960 conformément à la législation en vigueur à cette époque.

Lorsque la gestion de la collectivité, de l'établissement ou de l'entreprise porte sur l'intégralité du risque, les pouvoirs du conseil d'administration de la caisse primaire, en matière de fixation des rentes, sont exercés par une commission de quatre membres au moins composée pour moitié de représentants du personnel. Cette commission statue, après réception du dossier de l'enquête à laquelle il est procédé, dans les conditions et les formes déterminées par le présent livre sous réserve des voies de recours instituées par le titre IV du livre Ier. Les collectivités, établissements et entreprises mentionnés au présent alinéa, doivent se conformer aux dispositions de l'article R. 441-6.

Dans le cas prévu à l'alinéa précédent, la caisse primaire dans la circonscription de laquelle est situé le siège social ou le principal établissement exerce, sauf disposition particulière contraire, le contrôle du service chargé de la gestion du risque d'incapacité permanente.

L'arrêté d'autorisation fixe les garanties exigées des collectivités, établissements et entreprises autorisés.

Article D413-11

Les organismes et entreprises mentionnés au présent paragraphe qui ne seraient pas astreints à fournir aux caisses primaires et aux caisses régionales tous les renseignements nécessaires à la tenue des statistiques devront les fournir à la caisse nationale de l'assurance maladie.

Article D413-12

L'arrêté prévu au troisième alinéa de l'article L. 413-14 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Sous-section 3 : Administrations, services, offices et établissements publics de l'état autres que les établissements publics à caractère industriel ou commercial

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 2 : Prévention

Chapitre 1 : Organisation

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 2 : Prévention

Chapitre 2 : Attributions des organismes

Section 1 : Attributions de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Section 2 : Attribution des caisses régionales d'assurance maladie.

Article D422-1

Les règlements préventifs arrêtés par les caisses d'assurance-accidents en exécution des dispositions de l'article 848 du code local des assurances sociales sont maintenus en vigueur sous les sanctions édictées par l'article 851 dudit code, et sous réserve de leur homologation avant le 1er janvier 1948, conformément aux dispositions de l'article L. 422-4.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 1 : Dispositions générales

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 2 : Les prestations en nature

Section 1 : Soins.

Article D432

La durée d'interruption de travail ou de soins continus mentionnée à l'article L. 432-4-1 est fixée à six mois.

Section 2 : Appareillage

Section 3 : Réadaptation fonctionnelle, rééducation professionnelle et reclassement

Sous-section 1 : Dispositions générales

Sous-section 2 : Primes de fin de rééducation et prêts d'honneur

Article D432-1

La prime de fin de rééducation et le prêt d'honneur prévus à l'article R. 432-10 sont attribués dans les conditions ci-après.

Article D432-2

Pour prétendre au bénéfice de la prime de fin de rééducation, la victime doit :

1°) n'avoir subi aucune des condamnations mentionnées au chapitre VIII du titre II du livre Ier du code de commerce, ou par les législations de sécurité sociale et en particulier par l'article L. 471-3 ;

2°) présenter toutes garanties de moralité nécessaires reconnues par la caisse primaire d'assurance maladie ;

3°) avoir subi intégralement, dans des conditions jugées satisfaisantes par le chef d'établissement responsable de la rééducation, le stage de rééducation professionnelle auquel elle a été admise en vertu des dispositions de l'article L. 432-9 ;

4°) si elle ne possède pas la nationalité française résider en France depuis trois ans au moins au jour de l'accident.

Article D432-3

Pour prétendre au bénéfice du prêt d'honneur, la victime doit, indépendamment des conditions particulières prévues à l'article D. 432-10 :

1°) être âgée de vingt et un ans au moins et de quarante-cinq ans au plus ;

2°) remplir les conditions prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article D. 432-2 ;

3°) si elle possède la nationalité française, avoir satisfait aux obligations des lois sur le service national ;

4°) si elle ne possède pas la nationalité française, remplir la condition prévue au 4° de l'article D. 432-2.

Article D432-4

La demande tendant à l'octroi de la prime de fin de rééducation doit être adressée par l'intéressé à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève au plus tard dans le mois qui suit la fin du stage de rééducation.

Article D432-5

La caisse mentionnée à l'article D. 432-4 procède à toutes enquêtes et vérifications qu'elle juge utiles dans l'établissement de rééducation ou l'entreprise où la rééducation a eu lieu. La décision est prise par le conseil d'administration de la caisse qui ne peut réserver une suite favorable à la demande qu'après avis conforme du directeur de l'établissement ou du chef de l'entreprise.

Le conseil d'administration de la caisse primaire peut déléguer les pouvoirs dont il dispose en la matière à un comité composé de quatre membres dudit conseil dont deux choisis parmi les représentants des salariés et deux dont un employeur au moins, parmi les autres catégories.

Article D432-6

Le montant de la prime de fin de rééducation est fixé dans chaque cas par le conseil d'administration de la caisse primaire ou le comité délégué à cet effet, dans la limite de trois fois au moins et de huit fois au plus le montant du plafond du salaire journalier servant de base au calcul de l'indemnité journalière, tel qu'il est fixé par l'article L. 433-2.

Article D432-7

La prime de fin de rééducation est payée à l'intéressé dans le mois de la décision ; toutefois, le conseil d'administration, ou le comité, peut décider, s'il estime que l'intérêt de la victime le justifie, que les paiements seront échelonnés à raison d'un paiement chaque mois pendant une période de trois mois au plus.

Article D432-8

Le prêt d'honneur est attribué dans la limite d'un maximum fixé à cent quatre-vingts fois le plafond de salaire mentionné à l'article D. 432-6.

La demande est formulée, et la décision prise, dans les conditions prévues ci-dessus pour la prime de fin de rééducation mais après avis d'une commission consultative constituée auprès du conseil d'administration de la caisse primaire et comprenant :

- 1°) deux représentants de ladite caisse ;
- 2°) un représentant de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ;
- 3°) supprimé ;
- 4°) l'inspecteur du travail ou son représentant ;
- 5°) supprimé ;
- 6°) un représentant de la chambre de métiers et de l'artisanat de région .

Article D432-9

Le prêt peut faire l'objet, à concurrence de la moitié de son montant, sur l'initiative de la caisse primaire ou à la demande de l'intéressé, d'une attribution de bons d'achat. Ces bons, dispensés de timbre, sont nominatifs. Ils portent la signature de l'intéressé et sont insaisissables et incessibles. Ils ne peuvent être donnés en gage ou être l'objet d'une transmission quelconque, le tout à peine de nullité et sans préjudice des sanctions prévues aux articles 406 et 408 du code pénal.

Le montant du prêt peut, d'autre part, si la caisse le juge utile, être versé en plusieurs fractions, toute nouvelle tranche ne devant être allouée que si l'emprunteur justifie avoir employé celles dont il a déjà bénéficié au but pour lequel il les a reçues.

Article D432-10

Le prêt d'honneur doit être obligatoirement affecté à l'aménagement ou à l'installation d'une entreprise artisanale ou industrielle, dans une des branches déterminées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du commerce et de l'industrie et du ministre chargé du budget, ou d'une exploitation agricole.

Pour bénéficier du prêt, l'emprunteur doit s'engager à exploiter personnellement, jusqu'au remboursement complet, l'exploitation artisanale, industrielle ou agricole en vue de laquelle ledit prêt est sollicité.

L'emprunteur consent à la caisse primaire un nantissement dans les formes prévues par la loi n° 51-59 du 18 janvier 1951 modifiée, sur le matériel, l'outillage, le cheptel, les biens acquis au moyen des sommes qui ont fait l'objet du prêt, dans la limite du montant de ce prêt. Ces biens ne peuvent en aucun cas être déplacés sans le consentement de l'organisme prêteur ; en cas d'infraction à cette disposition, le remboursement de la totalité du prêt devient exigible sans préavis, les biens déplacés restant grevés du privilège prévu par ladite loi et pouvant être saisis.

Article D432-11

Le prêt d'honneur est consenti pour une durée maximum de vingt ans. Il porte intérêt à 2 p. 100 à partir du jour du versement des fonds. Les intérêts sont payables trimestriellement et à terme échu.

Le prêt est remboursable par annuités égales. Toutefois, pendant les quatre premières années, l'emprunteur aura la faculté de ne verser que l'intérêt du prêt. Il pourra toujours, lors de l'échéance de ses annuités, effectuer des remboursements anticipés.

Une remise d'un montant égal à dix fois le plafond de salaire mentionné à l'article D. 432-6 lui sera accordée lors de la naissance de chaque enfant postérieurement à l'année qui aura suivi la date d'octroi du prêt. La charge de ces remises sera supportée par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article D432-12

Sauf le cas où un délai est accordé par la caisse primaire d'assurance maladie, le non-paiement des intérêts ou des annuités dans les quinze jours de la réception d'une mise en demeure adressée au bénéficiaire sous pli recommandé avec demande d'avis de réception, donne lieu à l'application de la procédure sommaire prévue pour le recouvrement des cotisations à l'article R. 133-2. En outre, à titre de pénalité, les annuités échues et non remboursées donnent lieu au paiement d'un intérêt de retard de 0,50 p. 100 par mois, courant de plein droit depuis le lendemain de l'échéance jusqu'au jour du remboursement.

Le remboursement immédiat de la totalité des sommes restant dues est exigible dans les cas suivants :

- 1°) condamnation à une peine criminelle ou correctionnelle ;
- 2°) utilisation du prêt pour des fins autres que celles en vue desquelles il a été consenti ;
- 3°) non-exploitation du fonds par l'emprunteur ;
- 4°) départ de l'intéressé à l'étranger.

Sauf accord contraire de la caisse, il en est de même en cas d'abandon de la profession pour l'exercice de laquelle le prêt avait été consenti à l'intéressé.

En cas de décès du bénéficiaire, la caisse primaire peut, si le conjoint ou l'un des enfants du " de cujus " continue à exploiter personnellement l'entreprise, maintenir le bénéfice du prêt.

Si l'exploitation directe de l'entreprise cesse, la caisse exerce son privilège sur les biens acquis à l'aide du prêt, sauf possibilité pour le conjoint ou les descendants de rembourser les sommes encore dues, dans un délai de cinq ans.

Article D432-13

Les services d'inspection et de contrôle du ministère chargé de la sécurité sociale ainsi que les agents de contrôle de la caisse primaire d'assurance maladie, sont habilités à exercer une surveillance sur l'emploi du prêt d'honneur par le bénéficiaire.

Dans le cas où l'intéressé affecterait le prêt qui lui est consenti à l'aménagement d'une exploitation agricole, les agents de la caisse de mutualité sociale agricole sont également habilités à exercer cette surveillance.

Article D432-14

Le montant des charges [*financières*] résultant de la présente sous-section est supporté par les caisses primaires d'assurance maladie dans les conditions qui sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 3 : Indemnisation de l'incapacité temporaire.

Article D433-1

Le placement individuel à l'extérieur mentionné à l'article L. 433-4 est le placement soumis aux dispositions de l'article D. 131 du code de procédure pénale.

Article D433-2

La victime dont l'accident du travail ou la maladie professionnelle a été reconnu et qui a été déclarée inapte conformément aux dispositions de l'article R. 4624-31 du code du travail a droit à l'indemnité mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 433-1 dénommée " indemnité temporaire d'inaptitude " dans les conditions prévues aux articles L. 442-5 et D. 433-3 et suivants.

Article D433-3

Pour bénéficier de l'indemnité temporaire d'inaptitude, la victime adresse sans délai à la caisse primaire d'assurance maladie dont elle relève un formulaire de demande portant notamment mention, portée par le médecin du travail, d'un lien susceptible d'être établi entre l'inaptitude et l'accident du travail ou la maladie professionnelle, dans les conditions prévues à l'article D. 4624-47 du code du travail et comportant un cadre dans lequel elle atteste sur l'honneur de l'impossibilité de percevoir, pendant la période mentionnée à l'article D. 433-5, une quelconque rémunération liée au poste de travail pour lequel elle a été déclarée inapte. Un volet du formulaire de demande est adressé par la victime à l'employeur.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale définit le modèle de formulaire.

Article D433-4

Le montant journalier de l'indemnité mentionnée à l'article D. 433-2 servie à la victime est égal au montant de l'indemnité journalière versé pendant l'arrêt de travail lié à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle précédant l'avis d'inaptitude.

Lorsque la victime travaille pour le compte de plusieurs employeurs, l'indemnité est versée au titre du poste de travail pour lequel elle a été déclarée inapte.

Article D433-5

L'indemnité mentionnée à l'article D. 433-2 est versée par la caisse, à compter du premier jour qui suit la date de l'avis d'inaptitude mentionné à l'article R. 4624-31 du code du travail jusqu'au jour de la date de licenciement ou de reclassement du bénéficiaire, pour la durée maximale prévue à l'article L. 1226-11 du code du travail, dans les conditions prévues à l'article R. 433-14.

Article D433-6

L'employeur, dans les huit jours qui suivent la date de sa décision de reclassement acceptée par la victime ou la date du licenciement de cette dernière, retourne le volet mentionné à l'article D. 433-3 à la caisse primaire d'assurance maladie après y avoir porté mention de la date de sa décision et confirmé l'exactitude des indications portées par le salarié.

Article D433-7

Lorsque le bénéficiaire de l'indemnité mentionnée à l'article D. 433-2 perçoit une rente liée à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle qui a conduit à l'inaptitude, le montant mensuel de la rente servie s'impute sur celui de l'indemnité.

Article D433-8

La caisse met en œuvre les dispositions de l'article L. 133-4-1, notamment lorsque le versement de la rente intervient après le paiement de l'indemnité ou en cas d'annulation de l'avis d'inaptitude.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 4 : Indemnisation de l'incapacité permanente

Section 1 : Victimes.

Article D434-1

Au 1er avril 2016, le montant de l'indemnité en capital mentionnée à l'article L. 434-1 est fixé selon le barème suivant :

TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE (en pourcentage)	MONTANT DE L'INDEMNITÉ (en euros)
1	411,12
2	668,20
3	976,44
4	1 541,13
5	1 952,33
6	2 414,71
7	2 928,25
8	3 493,59
9	4 110,06

Article D434-2

I. # Les besoins d'assistance par une tierce personne de la victime qui remplit la condition d'incapacité minimale mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 434-2 sont déterminés par le médecin-conseil à partir de la grille d'appréciation des dix actes ordinaires de la vie prévue au II.

Le montant mensuel de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne est fixé à 541,22 € lorsque la victime ne peut accomplir seule trois ou quatre des dix actes de cette grille, à 1 082,43 € lorsqu'elle ne peut accomplir seule cinq ou six de ces actes et à 1 623,65 € lorsqu'elle ne peut accomplir seule au moins sept de ces actes ou lorsque, en raison de troubles neuropsychiques, son état présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

II. # Les actes ordinaires de la vie pris en compte pour la détermination du montant de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne sont énumérés dans la grille suivante :

1. La victime peut-elle se lever seule et se coucher seule ?
2. La victime peut-elle s'asseoir seule et se lever seule d'un siège ?
3. La victime peut-elle se déplacer seule dans son logement, y compris en fauteuil roulant ?
4. La victime peut-elle s'installer seule dans son fauteuil roulant et en sortir seule ?
5. La victime peut-elle se relever seule en cas de chute ?
6. La victime pourrait-elle quitter seule son logement en cas de danger ?
7. La victime peut-elle se vêtir et se dévêtir totalement seule ?
8. La victime peut-elle manger et boire seule ?
9. La victime peut-elle aller uriner et aller à la selle sans aide ?
10. La victime peut-elle mettre seule son appareil orthopédique ? (le cas échéant).

Article D434-3

Toute personne bénéficiaire de la majoration pour tierce personne prévue à l'article L. 434-2, dans sa rédaction antérieure au 1er mars 2013, peut demander le bénéfice de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

La demande est adressée à la caisse primaire d'assurance maladie chargée du paiement de la majoration pour tierce personne. La décision de la caisse est adressée à la personne concernée par tout moyen permettant d'en déterminer la date de réception.

Lorsque le montant de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne dont pourrait bénéficier la personne est inférieur ou égal à celui de la majoration pour tierce personne dont elle bénéficie, la personne conserve le bénéfice de la majoration pour tierce personne, en l'absence de manifestation contraire de sa part dans un délai de trente jours à compter de la date de réception mentionnée à l'alinéa précédent. S'il est supérieur, la personne bénéficie de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, en l'absence de manifestation contraire de sa part dans le même délai.

La date d'ouverture du droit à la prestation complémentaire pour recours à tierce personne est le premier jour du mois du dépôt de la demande.

Section 2 : Ayants droit

Section 3 : Dispositions communes

Article D434-4

Il est institué, auprès du ministre chargé de la sécurité sociale, un comité d'actualisation des barèmes indicatifs d'invalidité mentionnés à l'article L. 434-2, intitulé : "comité d'actualisation des barèmes des accidents du travail et des maladies professionnelles".

Article D434-5

Le comité mentionné à l'article D. 434-4 est chargé, compte tenu de l'évolution des connaissances médicales et des modalités d'exercice professionnel, de définir une méthodologie et de faire des propositions d'actualisation des barèmes mentionnés à l'article L. 434-2 auxquels les médecins-conseils des régimes de sécurité sociale des travailleurs salariés agricoles et non agricoles se réfèrent pour évaluer l'incapacité permanente des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Le comité fixe son programme de travail ainsi que le calendrier prévisionnel des travaux d'actualisation des barèmes.

Article D434-6

I. - Le président du comité mentionné à l'article D. 434-4 est un membre du corps médical spécialisé dans le domaine des pathologies professionnelles ou de la réparation des dommages corporels.

Le comité comprend, outre son président :

1° Quatre membres de droit :

- a) Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ;
- b) Le directeur des affaires financières, sociales et logistiques du ministère de l'agriculture ou son représentant ;
- c) Le directeur des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant ;
- d) Le directeur chargé de la réglementation, des maladies et accidents du travail de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ou son représentant ;

2° Cinq personnalités qualifiées :

- a) Quatre membres du corps médical reconnus pour leurs travaux ou leurs services rendus dans le domaine des pathologies professionnelles ou des dommages corporels ;
- b) Une personnalité qualifiée reconnue pour ses travaux dans le domaine de l'économie de la santé.

II. - Le secrétariat du comité est assuré par la direction de la sécurité sociale.

Article D434-7

Pour l'exercice de sa mission, le comité mentionné à l'article D. 434-4 peut constituer des groupes techniques chargés de faire des propositions d'actualisation des barèmes mentionnés à l'article L. 434-2. Le comité fixe les modalités selon lesquelles ces groupes lui rendent compte de leurs travaux.

Ces groupes techniques sont composés exclusivement de membres du corps médical choisis parmi les sociétés savantes, de médecins-conseils des régimes de sécurité sociale des travailleurs salariés agricoles et non agricoles et de médecins-experts en dommages corporels.

Dans le cadre de leurs travaux ou lorsque l'ordre du jour le justifie, le comité mentionné à l'article D. 434-4 ainsi que les groupes techniques peuvent solliciter le concours d'experts d'autres disciplines.

Article D434-8

Le comité mentionné à l'article D. 434-4 se réunit au moins quatre fois par an, sur convocation de son président qui fixe l'ordre du jour.

Le président peut également convoquer une réunion du comité sur proposition de la majorité de ses membres.

Article D434-9

Le président du comité d'actualisation des barèmes des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que les personnalités qualifiées mentionnées au 2° du I de l'article D. 434-6 sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture.

Article D434-10

Les membres du comité et des groupes techniques sont astreints au secret professionnel. Ils exercent leur mandat à titre gratuit. Leurs frais de déplacement et de séjour sont remboursés, sur leur demande, dans les conditions prévues par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État.

Article D434-11

A échéances régulières, le président du comité mentionné à l'article D. 434-4 ou son représentant informe de l'avancée des travaux la commission mentionnée à l'article L. 221-5. Ladite commission peut proposer au président du comité ou à son représentant les mesures qu'elle estime utiles à l'actualisation des barèmes mentionnés à l'article L. 434-2.

Section 4 : Dispositions d'application

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 5 : Frais funéraires.

Article D435-1

L'arrêté interministériel mentionné à l'article L. 435-1 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de l'économie et le ministre chargé du budget.

Article D435-2

Les frais de transport mentionnés à l'article L. 435-2 sont établis conformément aux dispositions de l'article D. 79 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 6 : Dispositions communes aux prestations en espèces

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 3 : Prestations

Chapitre 7 : Fonds commun des accidents du travail survenus dans la métropole

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures, révision, rechute, accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 1er : Déclarations et formalités

Section 1 : Dispositions générales

Article D441-1

L'autorisation de tenue d'un registre de déclaration d'accidents du travail prévue à l'article L. 441-4 du présent code peut être accordée à l'employeur, sur sa demande, par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail du lieu d'implantation de l'établissement lorsque celui-ci répond aux conditions suivantes :

1°) présence permanente d'un médecin, ou d'un pharmacien, ou d'un infirmier diplômé d'Etat, ou d'une personne chargée d'une mission d'hygiène et de sécurité dans l'entreprise détentrice d'un diplôme national de secouriste complété par le diplôme de sauveteur secouriste du travail délivré par l'Institut national de recherche et de sécurité ou les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ;

2°) existence d'un poste de secours d'urgence ;

3°) respect par l'employeur des obligations mises à sa charge par l'article L. 236-1 du code du travail.

La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail avise la caisse primaire de l'autorisation qu'elle a accordée.

En cas de refus de l'autorisation, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail notifie sa décision motivée à l'employeur.

Article D441-2

Le registre est délivré après enquête par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail. Toutefois, il demeure la propriété de ladite caisse.

L'employeur envoie le registre à la fin de chaque année civile, par lettre avec accusé de réception, à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail. Il peut en obtenir la communication.

Article D441-3

L'employeur inscrit sur le registre, dans les quarante-huit heures non compris les dimanches et jours fériés, les accidents du travail de son personnel n'entraînant ni arrêt de travail, ni soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par les organismes de sécurité sociale.

Il est indiqué sur le registre le nom de la victime, la date, le lieu et les circonstances de l'accident, la nature et le siège des lésions assortis du visa du donneur de soins ainsi que les autres éléments devant figurer sur la déclaration d'accident du travail.

La victime signe le registre en face des indications portées par l'employeur. Le médecin du travail peut consulter le registre.

Article D441-4

La caisse régionale d'assurance maladie peut décider le retrait de l'autorisation de tenue d'un registre pour l'une des raisons suivantes :

1°) tenue incorrecte du registre ;

2°) disparition des conditions d'octroi ;

3°) refus de présentation du registre :

a. aux agents de contrôle des caisses primaires et régionales d'assurance maladie ;

b. aux agents de l'inspection du travail ;

c. à la victime d'un accident consigné au registre ;

d. au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut de l'existence de ce dernier, aux délégués du personnel.

La caisse régionale notifie à l'employeur sa décision motivée de retrait de l'autorisation.

Section 2 : Dispositions relatives à la procédure de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie par les caisses

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures, révision, rechute, accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 2 : Expertises - Contrôle - Dispositions diverses

Section 1 : Expertises.

Section 2 : Contrôle médical et contrôle administratif

Section 3 : Dispositions diverses

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures, révision, rechute, accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 3 : Révision - Rechute.

Article D443-1

La durée minimale prévue au quatrième alinéa de l'article L. 443-1, pendant laquelle la victime doit avoir été titulaire de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne, est fixée à dix ans.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 4 : Procédures, révision, rechute, accidents survenus hors du territoire métropolitain

Chapitre 4 : Accidents survenus hors du territoire métropolitain et des départements mentionnés à l'article L751-1

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 1 : Dispositions générales

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 2 : Faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur

Article D452-1

En cas de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, le capital représentatif des dépenses engagées par la caisse primaire d'assurance maladie au titre de la majoration mentionnée à l'article L. 452-2 est évalué dans les conditions prévues à l'article R. 454-1 et récupéré dans les mêmes conditions et en même temps que les sommes allouées au titre de la réparation des préjudices mentionnés à l'article L. 452-3.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 3 : Faute inexcusable ou intentionnelle de la victime

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 4 : Faute d'un tiers

Article D454-1

I. # La déclaration prévue à l'article L. 441-1 du code de la sécurité sociale faite par la victime d'un accident de travail imputable à un tiers la dispense de le déclarer à sa caisse de sécurité sociale.

II. # Le tiers responsable de l'accident doit informer, par tous moyens, la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les quinze jours suivant sa survenue s'il n'en a pas informé son assureur.

III. # L'assureur du tiers responsable doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les trois mois suivant la date à laquelle il a connaissance de la survenue de l'accident.

Pour les accidents relevant de l'article L. 211-8 du code des assurances, l'assureur du tiers responsable doit informer la caisse d'assurance maladie dont relève la victime dans les trois mois suivant la date de la survenue de l'accident.

En cas de litige sur le respect de son obligation d'information, il lui appartient d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à la caisse dans les délais prévus aux deux alinéas précédents.

IV. # Dans les cas où la caisse n'a pas pu exercer son recours, l'indemnité forfaitaire est calculée sur les sommes dont le recouvrement aurait été obtenu si l'assureur avait respecté son obligation d'information.

V. # L'établissement de santé dispensant des soins à une victime dont les lésions sont, selon ses déclarations, imputables à un tiers doit en informer la caisse d'assurance maladie dont elle relève dans les trois mois suivant la date de la fin des soins.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 5 : Faute de l'assuré ou d'un tiers

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 6 : Dispositions concernant les maladies professionnelles

Article D461-1

La liste prévue au premier alinéa de l'article L. 461-6 établie par le ministre chargé du travail, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de la santé, figure en annexe au présent livre.

Article D461-2

Les décrets mentionnés à l'article L. 461-7 sont pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du travail, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la santé.

Article D461-5

Les dispositions des articles D. 461-7 à D. 461-24 sont applicables aux maladies professionnelles provoquées par l'inhalation de poussières renfermant de la silice libre (tableau n° 25), par l'inhalation de poussières d'amiante (tableaux n°s 30 et 30 bis), par l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde de fer (tableaux n°s 44 et 44 bis) ainsi qu'aux broncho-pneumopathies chroniques obstructives provoquées par les travaux au fond dans les mines de charbon (tableau n° 91) et par certains travaux effectués dans les mines de fer (tableau n° 94).

Article D461-7

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 461-2, la première constatation médicale intervient après un examen radiologique des poumons et, le cas échéant, tout examen complémentaire utile, sauf en cas de décès de la victime.

Article D461-8

La déclaration de la maladie à la charge de l'intéressé en vertu de l'article L. 461-5 doit être faite à la caisse primaire d'assurance maladie ou à l'organisation spéciale de sécurité sociale, même si le certificat médical prévu audit article ne conclut qu'au changement d'emploi.

Le médecin-conseil du service du contrôle médical de la caisse primaire ou l'organisation spéciale de sécurité sociale détermine s'il y a lieu de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses. Le médecin-conseil lui adresse le dossier.

Article D461-9

Une enquête est effectuée parallèlement par les services administratifs de la caisse ou de l'organisation spéciale afin d'identifier le ou les risques auxquels le salarié a pu être exposé. Le service de prévention compétent y apporte sa collaboration dans les conditions indiquées à l'article R. 441-12.

Les résultats de cette enquête sont envoyés au médecin conseil.

Conformément aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 461-5, la caisse primaire ou l'organisation spéciale transmet, accompagnée de son avis, une copie de la déclaration et du certificat médical à l'inspecteur du travail, ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions, chargé de la surveillance de la ou des entreprises dans lesquelles le travailleur a pu être exposé aux risques. Ce fonctionnaire fait part, dans un délai d'un mois, de ses observations à la caisse ou à l'organisation spéciale, qui les transmet au médecin conseil.

Article D461-11

Le médecin spécialiste ou compétent mentionné au second alinéa de l'article D. 461-8, s'il a été requis, procède à l'examen du malade soit à son cabinet, soit dans un centre d'études des pneumoconioses, public ou privé, autorisé dans les conditions prévues aux articles L. 162-21 et suivants, soit dans un établissement hospitalier public ou privé participant au service public hospitalier.

Ce même médecin agréé ou le collègue peut, s'il l'estime utile, prescrire, en vue de cet examen, la mise en observation avec hospitalisation du malade pendant une durée maximale de trois jours dans l'un des établissements visés à l'alinéa précédent. A titre exceptionnel, ce délai peut être porté à cinq jours en cas d'examens complémentaires médicalement justifiés. Il est fait application des dispositions de l'article L. 432-4.

Dans le cas prévu à l'alinéa précédent, les prestations auxquelles peut prétendre l'intéressé sont à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie ou de l'organisation spéciale de sécurité sociale gestionnaire du risque de l'incapacité temporaire des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Des indemnités journalières peuvent également être attribuées à la victime après avis du médecin-conseil pendant une durée maximale de trois jours, dans le cas où les conditions nécessaires à l'établissement du diagnostic de la maladie professionnelle entraînent un arrêt de travail sans hospitalisation.

Article D461-13

Le droit aux indemnités en capital et aux rentes prévues par le présent livre dans le cas d'incapacité permanente ou de mort n'est ouvert que si la durée totale de l'emploi, en une ou plusieurs périodes, dans une ou plusieurs exploitations, à des travaux susceptibles de provoquer l'une des maladies mentionnées à l'article D. 461-5 est au moins égale à cinq ans lorsque le tableau ne fixe pas de durée d'exposition.

Pour les durées inférieures d'exposition au risque, ou si le malade fait constater son affection au-delà du délai de prise en charge prévu par les tableaux n° s 25,30,44 et 44 bis, le droit aux indemnités en capital et aux rentes est également ouvert dans les conditions prévues par le présent livre après avis du médecin-conseil.

Article D461-14

L'ouverture du droit à l'indemnité spéciale mentionnée à l'article L. 461-8 est subordonnée :

1° Au dépôt de la déclaration prévue à l'article D. 461-8 ;

2° Au résultat de l'examen du malade par le médecin-conseil.

L'emploi doit être quitté dans le délai de six mois à compter de la date du certificat descriptif mentionné à l'article L. 461-5. Toutefois, le médecin-conseil peut fixer un délai plus court si l'état du travailleur le nécessite.

L'indemnité de changement d'emploi ne peut être attribuée qu'une seule fois.

Article D461-15

L'indemnité de changement d'emploi est égale à soixante jours de salaire par année d'exposition au risque de l'une des affections mentionnées à l'article D. 461-5, sans pouvoir dépasser trois cents jours de salaire. Toute fraction d'année compte pour une année entière. Le salaire servant de base au calcul de l'indemnité est le salaire moyen des ouvriers de la même catégorie de la dernière entreprise dans laquelle le travailleur a été exposé au risque de silicose, tel qu'il est fixé à l'expiration du délai prévu au deuxième alinéa de l'article D. 461-14.

L'indemnité de changement d'emploi est acquise au travailleur ou à ses ayants droit. Elle est versée, suivant le cas, par la caisse primaire d'assurance maladie ou par l'organisation spéciale de sécurité sociale dont relève le travailleur. Elle est payable par mensualités égales échelonnées sur une période double du nombre de jours de salaire pris en considération pour le calcul de ladite indemnité. Le premier versement a lieu obligatoirement au moment où le travailleur quitte son emploi.

Si l'intéressé occupe un emploi, l'indemnité ne pourra représenter que la différence entre le salaire moyen défini ci-dessus, revalorisé, au cas où, postérieurement au changement d'emploi, serait survenue une augmentation générale des salaires intéressant la catégorie à laquelle appartenait la victime, et le nouveau salaire de l'intéressé, jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité fixé au premier alinéa du présent article.

L'indemnité de changement d'emploi ne se cumule pas avec l'indemnité journalière prévue à l'article L. 433-1.

Dans le cas où cette dernière indemnité vient à être due, après attribution de l'indemnité de changement d'emploi et pour des journées comprises dans la période prévue au deuxième alinéa du présent article, le montant de l'indemnité journalière est réduit, pour chacune de ces journées, d'une somme égale au résultat de la division du montant de l'indemnité de changement d'emploi par le nombre de jours, ouvrables ou non, compris dans ladite période.

Article D461-16

En cas de décès de la victime avant la déclaration de maladie prévue à l'article L. 461-5, une autopsie est pratiquée dans les conditions définies à l'article L. 442-4.

Pour l'autopsie, il est fait appel de préférence à un médecin possédant une compétence particulière en matière de pneumoconioses.

Les poumons sont prélevés dans leur totalité et adressés à un institut de médecine du travail, à un service d'anatomie pathologique qualifié par ses travaux concernant les pneumoconioses ou à un centre d'étude des pneumoconioses, en vue d'un examen anatomopathologique et histologique.

Article D461-17

Le travailleur bénéficiaire d'une indemnité de changement d'emploi peut, en cas d'aggravation de son état, demander l'attribution d'une indemnité en capital ou d'une rente. Dans ce cas, le délai de deux ans mentionné à l'article R. 443-1 court de la date de la décision de la juridiction compétente reconnaissant le droit à l'indemnité ou, dans le cas où la fixation de cette indemnité n'a donné lieu à aucune contestation, de la date du premier versement.

Les arrérages de la rente ou indemnité en capital ne se cumulent pas avec l'indemnité de changement d'emploi. Dans le cas où le point de départ de la rente est antérieur à l'expiration de la période prévue au deuxième alinéa de l'article D. 461-15, la fraction d'indemnité de changement d'emploi afférente au temps restant à courir jusqu'à cette expiration est imputée sur les arrérages de la rente ou indemnité en capital.

Article D461-18

Dans tous les cas où une nouvelle fixation des réparations est demandée par la victime, celle-ci doit être examinée par le médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie ou de l'organisation spéciale de sécurité sociale. Celui-ci peut demander, s'il le juge nécessaire, un examen par le médecin spécialiste ou compétent mentionné au second alinéa de l'article D. 461-8.

Dans le cas où une nouvelle fixation des réparations est demandée par les ayants droit de la victime, conformément aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 443-1, l'autopsie n'est pas exigée si la victime avait été reconnue atteinte de son vivant d'une pneumoconiose visée par le présent livre et lorsque le dossier médical adressé à la caisse primaire d'assurance maladie ou à l'organisation spéciale de sécurité sociale permet au médecin conseil de donner son avis sur la relation de cause à effet entre le décès et la maladie professionnelle.

Dans le cas où une nouvelle fixation des réparations est envisagée par la caisse primaire d'assurance maladie ou l'organisation spéciale de sécurité sociale, la victime est tenue de se soumettre à l'examen médical auquel il est procédé par application du premier alinéa du présent article. En cas de refus de la victime, la caisse ou l'organisation spéciale peut décider la suspension du service de la rente, conformément aux dispositions de l'article R. 443-6.

Article D461-19

Le travailleur bénéficiaire d'une indemnité de changement d'emploi, d'une indemnité en capital ou d'une rente allouée conformément aux articles D. 461-5 et suivants ne peut plus être occupé qu'à des travaux n'exposant pas au risque de l'une des affections mentionnées à l'article D. 461-5.

Article D461-20

En cas de contestation d'ordre médical sur l'état de la victime, autre que celle prévue à l'article D. 461-21, il est fait application des dispositions des articles L. 141-1 à L. 141-3. L'expertise est effectuée par un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses autre que celui qui a, le cas échéant, procédé à l'examen du malade.

Si l'expertise demandée en application du présent article admet l'existence d'une des affections mentionnées à l'article D. 461-5, l'expert joindra à son rapport un certificat exprimant son avis sur l'existence éventuelle d'une incapacité permanente, la date de consolidation et la nécessité d'un changement d'emploi.

Article D461-21

En cas de contestation portant sur le taux d'incapacité permanente de travail, le tribunal du contentieux de l'incapacité mentionné à l'article L. 143-2 doit obligatoirement soumettre le dossier de la victime à un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses, qui examine la victime.

Les décisions du tribunal du contentieux de l'incapacité portées en appel devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail sont obligatoirement soumises à l'examen d'un médecin spécialiste ou compétent en pneumologie ou en médecine du travail possédant des connaissances particulières dans le domaine des pneumoconioses, autre que celui qui a pratiqué les examens antérieurs. Le cas échéant, il joint à son rapport un certificat exprimant son avis sur la nécessité d'un changement d'emploi.

Article D461-22

Les frais nécessités par l'intervention du médecin spécialiste ou compétent mentionné au second alinéa de l'article D. 461-8 et, le cas échéant, les frais de radiographie, d'examens fonctionnels, respiratoires, d'examens de biologie médicale, d'autopsie et d'expertise, dans les cas prévus aux articles D. 461-11, D. 461-16, D. 461-18, D. 461-20 et D. 461-21, sont supportés, selon le cas, soit par la caisse primaire d'assurance maladie, soit par l'organisation spéciale de sécurité sociale dont relève l'intéressé, conformément aux tarifs et dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

La victime ou ses ayants droit sont tenus de verser à la caisse primaire d'assurance maladie ou à l'organisation spéciale de sécurité sociale le montant des honoraires et frais mentionnés à l'alinéa précédent, mis à leur charge lorsque la contestation élevée par eux est reconnue manifestement abusive, conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 442-8.

Article D461-23

La personne qui cesse d'être exposée à un risque professionnel susceptible d'entraîner une affection mentionnée aux tableaux de maladies professionnelles n°s 25, 44, 91 et 94 bénéficie, sur sa demande, d'une surveillance médicale postprofessionnelle tous les cinq ans. Cet intervalle de cinq ans peut être réduit après avis favorable du médecin conseil.

La caisse primaire d'assurance maladie ou l'organisation spéciale de sécurité sociale peut proposer aux travailleurs qui ont été exposés au risque précité de les soumettre à cette surveillance.

Le médecin conseil fixe les modalités de la surveillance postprofessionnelle des intéressés compte tenu de la nature des risques. Les dépenses correspondantes sont imputées sur le fonds d'action sanitaire et sociale.

Article D461-24

Conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 431-1 et des articles L. 432-1 et L. 461-1, la charge des prestations, indemnités et rentes incombe à la caisse d'assurance maladie ou à l'organisation spéciale de sécurité sociale à laquelle la victime est affiliée à la date de la première constatation médicale définie à l'article D. 461-7. Dans le cas où, à cette date, la victime n'est plus affiliée à une caisse primaire ou à une organisation spéciale couvrant les risques mentionnés au présent livre, les prestations et indemnités sont à la charge de la caisse ou de l'organisation spéciale à laquelle la victime a été affiliée en dernier lieu, quel que soit l'emploi alors occupé par elle.

Article D461-25

La personne qui au cours de son activité salariée a été exposée à des agents cancérigènes figurant dans les tableaux visés à l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale ou au sens de l'article R. 231-56 du code du travail et de l'article 1er du décret n° 86-1103 du 2 octobre 1986 peut demander, si elle est inactive, demandeur d'emploi ou retraitée, à bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie ou l'organisation spéciale de sécurité sociale. Les dépenses correspondantes sont imputées sur le fonds national des accidents du travail.

Cette surveillance post-professionnelle est accordée par l'organisme mentionné à l'alinéa précédent sur production par l'intéressé d'une attestation d'exposition remplie par l'employeur et le médecin du travail.

Le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen sont fixés par arrêté.

Un suivi du dispositif est mis en place par l'organisme susmentionné.

Article D461-26

Le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles mentionné à l'article L. 461-1 a pour ressort territorial l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. En tant que de besoin le comité peut se réunir au chef-lieu de chacun des départements compris dans son ressort.

Article D461-27

Le comité régional comprend :

1° Le médecin-conseil régional mentionné à l'article R. 315-3 du code de la sécurité sociale ou un médecin-conseil de l'échelon régional qu'il désigne pour le représenter ;

2° Le médecin inspecteur régional du travail mentionné à l'article L. 612-1 du code du travail ou le médecin inspecteur qu'il désigne pour le représenter ;

3° Un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que des suppléants, nommés pour quatre ans par le directeur général de l'agence régionale de santé. Le praticien perçoit pour cette mission une rémunération dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Le secrétariat permanent du comité régional est assuré par l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Les membres du comité régional sont astreints au secret professionnel.

Ils sont remboursés de leurs frais de déplacement.

Article D461-28

Le comité régional compétent est celui du lieu où demeure la victime. Si la victime ne demeure pas en France, le comité régional compétent est celui dans le ressort duquel l'organisme de sécurité sociale dont relève ou relevait la victime a son siège.

Article D461-29

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre :

1° Une demande motivée de reconnaissance signée par la victime ou ses ayants droit et un questionnaire rempli par un médecin choisi par la victime dont les modèles sont fixés par arrêté ;

2° Un avis motivé du médecin du travail de la ou des entreprises où la victime a été employée portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition de celle-ci à un risque professionnel présent dans cette ou ces entreprises ;

3° Un rapport circonstancié du ou des employeurs de la victime décrivant notamment chaque poste de travail détenu par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel ;

4° Le cas échéant les conclusions des enquêtes conduites par les caisses compétentes, dans les conditions du présent livre ;

5° Le rapport établi par les services du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie qui comporte, le cas échéant, le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente de la victime.

Les pièces demandées par la caisse au deuxième et troisième paragraphes doivent être fournies dans un délai d'un mois.

La communication du dossier s'effectue dans les conditions définies à l'article R. 441-13 en ce qui concerne les pièces mentionnées aux 1°, 3° et 4° du présent article.

L'avis motivé du médecin du travail et le rapport établi par les services du contrôle médical mentionnés aux 2° et 5° du présent article ne sont communicables à la victime, ses ayants droit et son employeur que par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet par la victime ou, à défaut, par ses ayants droit. Ce praticien prend connaissance du contenu de ces documents et ne peut en faire état, avec l'accord de la victime ou, à défaut, de ses ayants droit, que dans le respect des règles de déontologie.

Seules les conclusions administratives auxquelles ces documents ont pu aboutir sont communicables de plein droit à la victime, ses ayants droit et son employeur.

La victime, ses ayants droit et son employeur peuvent déposer des observations qui sont annexées au dossier.

Article D461-30

Lorsque la maladie n'a pas été reconnue d'origine professionnelle dans les conditions du deuxième alinéa de l'article L. 461-1 ou en cas de saisine directe par la victime au titre des troisième et quatrième alinéas du même article, la caisse primaire saisit le comité après avoir recueilli et instruit les éléments nécessaires du dossier mentionné à l'article D. 461-29 et, après avoir statué, le cas échéant, sur l'incapacité permanente de la victime.

Elle en avise la victime ou ses ayants droit ainsi que l'employeur.

L'ensemble du dossier est rapporté devant le comité par le médecin conseil qui a examiné la victime ou qui a statué sur son taux d'incapacité permanente, ou par un médecin-conseil habilité à cet effet par le médecin-conseil régional.

Le comité entend obligatoirement l'ingénieur-conseil chef du service de prévention de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou l'ingénieur-conseil qu'il désigne pour le représenter.

Le comité peut entendre la victime et l'employeur, s'il l'estime nécessaire.

L'avis motivé du comité est rendu à la caisse primaire, qui notifie immédiatement à la victime ou à ses ayants droit la décision de reconnaissance ou de rejet de l'origine professionnelle de la maladie qui en résulte. Cette notification est envoyée à l'employeur. Lorsqu'elle fait grief, cette notification est effectuée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article D461-31

Le comité régional adresse chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du travail un rapport d'activité dont le modèle est fixé par arrêté conjoint de ces deux ministres. Ce rapport est communiqué au Conseil supérieur de prévention des risques professionnels.

Article D461-32

Lorsque la victime relève d'une collectivité, d'une administration, d'un établissement ou d'une entreprise compris dans le champ d'application des articles L. 413-13 et L. 413-14, les articles D. 461-26 à D. 461-30 sont applicables sous réserve des articles D. 461-33 à D. 461-37.

Il en est de même des travailleurs salariés expatriés ayant souscrit l'assurance volontaire contre le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle mentionnée à l'article L. 762-1.

Article D461-33

Le comité régional compétent prévu à l'article D. 461-28 est celui dans le ressort duquel se trouve l'organisme gestionnaire du risque d'accident du travail et maladie professionnelle. Toutefois, pour les agents statutaires des industries électriques et gazières, le comité régional compétent est celui dont relève la caisse primaire d'assurance maladie dont ils dépendent.

Article D461-34

Le dossier mentionné à l'article D. 461-29 comprend l'ensemble des éléments énumérés audit article. Il est constitué par l'organisme gestionnaire du risque d'accident du travail et de maladie professionnelle. Toutefois, en ce qui concerne les industries électriques et gazières, le dossier est constitué par la caisse primaire qui recueille auprès de l'unité dont relève la victime les pièces mentionnées aux 2° et 3° de ce même article.

Les enquêtes mentionnées au 4° de l'article D. 461-29 comprennent les enquêtes administratives effectuées par l'organisme ou l'administration gestionnaire et, le cas échéant, celles qui ont été menées par son comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Le rapport mentionné au 5° de l'article D. 461-29 est établi par le service du contrôle médical de l'organisme ou administration titulaire de l'autorisation de gestion du risque d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Pour les agents non titulaires de l'Etat, ce rapport est établi par le médecin agréé compétent.

Article D461-35

Le dossier, constitué conformément aux prescriptions de l'article D. 461-34, est transmis par l'organisme ou l'administration gestionnaire au comité régional compétent qui dispose de quatre mois à compter de

sa saisine pour rendre son avis motivé et de deux mois supplémentaires lorsqu'un examen ou une enquête complémentaire est nécessaire.

Toutefois, le dossier des agents statutaires des industries électriques et gazières est transmis par la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent au comité régional compétent.

Article D461-36

I. - Le dossier mentionné à l'article D. 461-34 est rapporté devant le comité régional soit par le médecin-chef du service du contrôle médical de l'organisme intéressé dont relève la victime ou par le médecin qu'il a désigné pour le représenter, soit par le médecin agréé de l'administration.

Pour les salariés expatriés, le médecin rapporteur est le médecin-conseil du service médical de la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve le siège de la Caisse des Français de l'étranger.

II. - Le comité entend obligatoirement soit l'ingénieur de sécurité en fonction dans l'organisme ou l'administration concerné, soit l'agent nommé en application de l'article 4 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, soit pour les établissements publics de santé le médecin exerçant dans le service de médecine du travail mentionné à l'article R. 242-1 du code du travail.

Dans le cas où l'organisme gestionnaire ne peut faire entendre l'agent qualifié en matière de prévention, il appartient à l'ingénieur-conseil mentionné au cinquième alinéa de l'article D. 461-30 de réunir les renseignements nécessaires et d'être entendu par le comité.

Pour les salariés expatriés, l'ingénieur-conseil se trouvant dans la circonscription du comité régional est entendu par ce comité.

Article D461-37

L'avis mentionné au dernier alinéa de l'article D. 461-30 est rendu soit à l'organisme titulaire de l'autorisation de gestion du risque d'accident du travail et de maladie professionnelle, soit à l'administration gestionnaire, soit à la Caisse des Français de l'étranger.

Article D461-38

Les dépenses de toute nature résultant de l'application des articles D. 461-32 à D. 461-37 sont à la charge de l'organisme ou de l'administration gestionnaire dont relève la victime. Les modalités d'imputation de ces dépenses, calculées au prorata du nombre de dossiers examinés, sont fixées par convention conclue entre, d'une part, l'organisme titulaire de l'autorisation de gestion du risque d'accident du travail et de maladie

professionnelle ou l'administration gestionnaire et, d'autre part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 8 : Dispositions communes avec d'autres branches - Dispositions diverses et d'application

Chapitre 1 : Dispositions communes aux assurances sociales et aux accidents du travail

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 4 : Accidents du travail et maladies professionnelles (Dispositions propres et dispositions communes avec d'autres branches)

Titre 8 : Dispositions communes avec d'autres branches - Dispositions diverses et d'application

Chapitre 2 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article D482-1

Les modèles des documents nécessaires à l'application du présent livre sont fixés par des arrêtés du ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 2 : Champ d'application.

Article D512-1

L'étranger qui demande à bénéficier de prestations familiales justifie la régularité de son séjour par la production d'un des titres de séjour ou documents suivants en cours de validité :

1° Carte de résident ;

2° Carte de séjour temporaire ;

2° bis Carte de séjour " compétences et talents " ;

2° ter Visa de long séjour valant titre de séjour dans les conditions prévues au quatorzième alinéa de l'article R. 311-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

2° quater Titre de séjour délivré en application des articles 3 et 9 de la convention signée le 4 décembre 2000 entre la République française, le Royaume d'Espagne et la Principauté d'Andorre relative à l'entrée, à la circulation, au séjour et à l'établissement de leurs ressortissants ;

3° Certificat de résidence de ressortissant algérien ;

4° Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres ci-dessus ;

5° Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention "reconnu réfugié" dont la durée de validité est fixée à l'article R. 743-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

6° Récépissé de demande de titre de séjour d'une durée de six mois renouvelable portant la mention "étranger admis au séjour au titre de l'asile " ;

7° Autorisation provisoire de séjour d'une validité supérieure à trois mois ;

8° Passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour ;

9° Livret spécial, livret ou carnet de circulation ;

10° Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention "a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire" dont la durée de validité est fixée à l'article R. 743-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Article D512-2

La régularité de l'entrée et du séjour des enfants étrangers que le bénéficiaire a à charge et au titre desquels il demande des prestations familiales est justifiée par la production de l'un des documents suivants :

1° Extrait d'acte de naissance en France ;

2° Certificat de contrôle médical de l'enfant, délivré par l' Office français de l'immigration et de l'intégration à l'issue de la procédure d'introduction ou d'admission au séjour au titre du regroupement familial ;

3° Livret de famille délivré par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou, à défaut, un acte de naissance établi, le cas échéant, par cet office, lorsque l'enfant est membre de famille d'un réfugié, d'un apatride ou d'un bénéficiaire de la protection subsidiaire. Lorsque l'enfant n'est pas l'enfant du réfugié, de

l'apatride ou du bénéficiaire de la protection subsidiaire, cet acte de naissance est accompagné d'un jugement confiant la tutelle de cet enfant à l'étranger qui demande à bénéficier des prestations familiales ;

4° Visa délivré par l'autorité consulaire et comportant le nom de l'enfant d'un étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée à l'article L. 313-8 ou au 5° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

5° Attestation délivrée par l'autorité préfectorale, précisant que l'enfant est entré en France au plus tard en même temps que l'un de ses parents admis au séjour sur le fondement du 7° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ou du 5° de l'article 6 de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 modifié ;

6° Titre de séjour délivré à l'étranger âgé de seize à dix-huit ans dans les conditions fixées par l'article L. 311-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Elle est également justifiée, pour les enfants majeurs ouvrant droit aux prestations familiales, par l'un des titres mentionnés à l'article D. 512-1.

Article D512-3

I. # Le montant de l'allocation différentielle prévue à l'article L. 512-5 est égal à la différence entre le montant de l'ensemble des prestations familiales qui auraient été dues en application de la législation française, parmi celles énumérées à l'article L. 511-1 à l'exception de l'allocation de logement et de la prime à la naissance ou à l'adoption, et le montant de l'ensemble des prestations ou avantages familiaux versés en application d'un traité, d'une convention ou d'un accord international auquel la France est partie, de la législation ou de la réglementation d'un autre Etat, ou de la réglementation d'une organisation internationale.

II. # Ce dernier montant est obtenu à partir d'une attestation délivrée par l'organisme étranger ou l'organisation versant les prestations ou avantages familiaux.

III. # La comparaison entre le montant global des prestations familiales qui auraient été dues en application de la législation française et le montant global des prestations ou avantages familiaux étrangers versés au titre des enfants à charge au sens de la législation française est effectuée sur la base de montants mensuels.

Le droit à l'allocation différentielle débute le premier mois de droit simultané à un avantage ou une prestation étranger et à une prestation française. Ce même droit s'achève le dernier mois de droit à tout avantage ou prestation étranger ou aux prestations françaises.

La périodicité de versement de l'allocation différentielle est trimestrielle.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 3 : Règles d'allocation et d'attribution des prestations

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 1 : Champ d'application - Généralités

Chapitre 4 : Organisme débiteur et imputation comptable des prestations

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 1er : Allocations familiales.

Article D521-1

I.-Pour l'application de l'article L. 521-1, le montant des allocations familiales et de la majoration pour âge prévue à l'article L. 521-3 est défini selon le barème suivant :

1° Lorsque le ménage ou la personne a disposé d'un montant de ressources inférieur ou égal au plafond défini au I de l'article D. 521-3, les taux servant au calcul des allocations familiales sont fixés, en pourcentage de la base mensuelle prévue à l'article L. 551-1, à :

- a) 32 % pour le deuxième enfant à charge ;
- b) 41 % pour le troisième enfant à charge et chacun des suivants.

La majoration pour âge est fixée à 16 % de la base mensuelle de calcul des prestations familiales ;

2° Lorsque le ménage ou la personne a disposé d'un montant de ressources supérieur au plafond défini au I de l'article D. 521-3 et inférieur ou égal à celui défini au II du même article, les taux servant au calcul des allocations familiales sont fixés, en pourcentage de la base mensuelle prévue à l'article L. 551-1, à :

- a) 16 % pour le deuxième enfant à charge ;
- b) 20,5 % pour le troisième enfant à charge et chacun des suivants.

La majoration pour âge est fixée à 8 % de la base mensuelle de calcul des prestations familiales ;

3° Lorsque le ménage ou la personne a disposé d'un montant de ressources supérieur au plafond défini au II de l'article D. 521-3, les taux servant au calcul des allocations familiales sont fixés, en pourcentage de la base mensuelle prévue à l'article L. 551-1, à :

- a) 8 % pour le deuxième enfant à charge ;
- b) 10,25 % pour le troisième enfant à charge et chacun des suivants.

La majoration pour âge est fixée à 4 % de la base mensuelle de calcul des prestations familiales.

II.-En application du sixième alinéa de l'article L. 521-1, le montant mensuel des allocations familiales et, le cas échéant, de la majoration pour âge est majoré d'un complément dégressif, lorsque les ressources annuelles du ménage ou de la personne dépassent l'un des plafonds défini au I ou au II de l'article D. 521-3 d'une somme inférieure à douze fois le montant mensuel des allocations familiales augmenté, le cas échéant, de la ou des majorations pour âge.

Ce complément dégressif est égal, pour chaque mois, au douzième de la différence entre, d'une part, ce plafond de ressources majoré de la somme définie à l'alinéa précédent et, d'autre part, le montant des ressources.

Article D521-2

I.-Le montant mensuel de l'allocation forfaitaire prévue au deuxième alinéa de l'article L. 521-1 est défini selon le barème suivant :

1° Lorsque le ménage ou la personne a disposé d'un montant de ressources inférieur ou égal au plafond défini au I de l'article D. 521-3, le montant mensuel de l'allocation forfaitaire est fixé à 20,234 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales par enfant ;

2° Lorsque le ménage ou la personne a disposé d'un montant de ressources supérieur au plafond défini au I de l'article D. 521-3 et inférieur ou égal à celui défini au II du même article, le montant mensuel de l'allocation forfaitaire est fixé à 10,117 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales par enfant ;

3° Lorsque le ménage ou la personne a disposé d'un montant de ressources supérieur au plafond défini au II de l'article D. 521-3, le montant mensuel de l'allocation forfaitaire est fixé à 5,059 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales par enfant.

II.-En application du sixième alinéa de l'article L. 521-1, le montant mensuel de l'allocation forfaitaire est majoré d'un complément dégressif lorsque les ressources annuelles du ménage ou de la personne dépassent l'un des plafonds défini au I ou au II de l'article D. 521-3 d'une somme inférieure à douze fois le montant mensuel de l'allocation forfaitaire auquel l'enfant ouvre droit.

Ce complément dégressif est égal, pour chaque mois, au douzième de la différence entre, d'une part, ce plafond de ressources majoré de la somme définie à l'alinéa précédent et, d'autre part, le montant des ressources.

III.-Le nombre minimum d'enfants à charge mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 521-1 est fixé à trois.

Article D521-3

I.-Le plafond prévu au 1° du I des articles D. 521-1 et D. 521-2 est fixé à 55 950 euros. Il est majoré de 5 595 euros par enfant à charge.

II.-Le plafond prévu au 2° du I des articles D. 521-1 et D. 521-2 est fixé à 78 300 euros. Il est majoré de 5 595 euros par enfant à charge.

III.-Les montants des plafonds et de leur majoration respective fixés au présent article sont revalorisés au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Article D521-4

Pour l'application des articles D. 521-1 et D. 521-2, les ressources du ménage ou de la personne sont appréciées dans les conditions prévues aux articles R. 532-3 à R. 532-8.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 2 : Complément familial.

Article D522-1

Le montant du complément familial est fixé à 41,65 p. 100 de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Article D522-2

Le taux du complément familial majoré est égal à 54,16 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 3 : Allocation de soutien familial.

Article D523-1

Le droit à l'allocation de soutien familial est ouvert :

1°) pour l'enfant dont un seul des parents est décédé, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel a eu lieu le décès, ou à compter du premier jour du mois civil suivant celui de la naissance si celle-ci est postérieure au décès ;

2°) pour l'enfant orphelin de père et de mère ou dont la filiation n'est pas établie, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel il a été recueilli par la personne physique qui en assume la charge effective et permanente ;

3°) pour l'enfant dont la filiation n'est établie qu'à l'égard d'un de ses parents, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la filiation a été établie ;

4°) en cas de jugement accueillant une action en contestation de la filiation de l'enfant à l'égard de l'un des parents, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel a été intentée l'action ;

5°) pour l'enfant dont l'un au moins des parents se soustrait ou se trouve hors d'état de faire face à son obligation d'entretien ou au versement de la pension alimentaire mise à sa charge par décision de justice, à compter du premier jour du mois civil suivant la date à laquelle le parent défaillant a cessé de faire face à cette obligation ou d'effectuer ce versement.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 3 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Chapitre 1 : Dispositions générales relatives à la prestation d'accueil du jeune enfant

Article D531-1

L'âge limite de versement de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 est fixé à trois ans.

Article D531-2

I.-Le taux de la prime à la naissance de la prestation d'accueil du jeune enfant, mentionnée à l'article L. 531-2, est égal à 229,75 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Le taux de la prime à l'adoption de la prestation d'accueil du jeune enfant, mentionnée à l'article L. 531-2, est égal à 459,5 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

II.-La prime à la naissance est due et versée avant la fin du dernier jour du second mois civil suivant la naissance ou la justification de la fin de la grossesse.

Lorsque la prime est attribuée au titre d'un enfant adopté ou confié en vue d'adoption, elle est versée au plus tard le deuxième mois qui suit l'arrivée des enfants au foyer des adoptants.

Article D531-3

Le montant de l'allocation de base à taux plein mentionnée à l'article L. 531-3 est égal à 45,95 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Le montant de l'allocation de base à taux partiel est égal à la moitié du montant fixé au premier alinéa.

Article D531-4

I.-1° Le taux de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée au premier alinéa du 1 du I de l'article L. 531-4 est égal à 96, 62 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

2° Le taux de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 est égal à 157, 93 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

II.-Les taux de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel mentionnée à l'article L. 531-4 sont égaux :

1° Lorsque l'activité à temps partiel exercée ou la formation professionnelle rémunérée suivie est au plus égale à 50 % de la durée légale du travail ou de la durée considérée comme équivalente, à 62, 46 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1 ;

2° Lorsque l'activité à temps partiel exercée ou la formation professionnelle rémunérée suivie est supérieure à 50 % et au plus égale à 80 % de la durée légale du travail ou de la durée considérée comme équivalente, à 36, 03 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Lorsque les deux membres d'un couple perçoivent la prestation mentionnée à l'alinéa précédent, le montant cumulé des deux prestations ne peut excéder le taux mentionné au 1° du I du présent article.

Article D531-5

Pour les élus locaux qui ont cessé leur activité professionnelle pour se consacrer à leur mandat la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein de la prestation d'accueil du jeune enfant mentionné au deuxième alinéa du I de l'article L. 531-4 est versée lorsque les indemnités de fonction perçues sont au plus égales à la fraction représentative des frais d'emploi telle que définie à l'article 204-0 bis du code général des impôts.

Pour les titulaires d'un mandat parlementaire qui ont cessé leur activité professionnelle pour se consacrer à leur mandat, le droit à cette prestation est ouvert lorsque les indemnités perçues sont au plus égales à la fraction représentative des frais d'emploi telle que définie au 1° de l'article 81 du code général des impôts.

Article D531-6

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 7221-1 du code du travail, le droit à la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel est ouvert, dans les conditions définies au II de l'article D. 531-4, sur la base d'une attestation de l'employeur précisant la quotité de travail exercée.

Article D531-7

Pour les personnes qui exercent des vacances, le droit à la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel est ouvert, dans les conditions définies au II de l'article D. 531-4, sur la base d'une attestation de

l'employeur précisant la quotité de travail exercée, calculée en prenant en compte la durée de travail à temps plein du salarié occupant un emploi similaire dans l'établissement.

Article D531-8

Pour les catégories mentionnées à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles, la prestation partagée d'éducation de l'enfant mentionnée au 1° du II de l'article D. 531-4 est versée lorsqu'elles accueillent une personne.

La prestation partagée d'éducation de l'enfant mentionnée au 2° du II de l'article D. 531-4 est versée lorsqu'elles accueillent deux personnes.

Article D531-9

I. # Le bénéfice de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel mentionnée au 1° du II de l'article D. 531-4 est ouvert :

1° Aux salariés mentionnés à l'article L. 7311-3 du code du travail lorsque le nombre d'heures de travail mensuel à temps partiel déclaré sur l'honneur par le demandeur est au plus égal à 50 % de la durée légale du travail et que cette activité à temps partiel ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette excédant 106,25 % du salaire minimum de croissance défini aux articles L. 3231-1 à L. 3231-11 du code du travail, multiplié par 169 ;

2° Aux personnes mentionnées aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 613-1 et à l'article L. 722-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 722-4, L. 722-9, L. 722-22 et L. 722-28 du code rural et de la pêche maritime, lorsque le nombre d'heures de travail mensuel à temps partiel déclaré sur l'honneur par le demandeur est au plus égal à 50 % de la durée légale du travail et que cette activité à temps partiel ne lui procure pas un revenu professionnel tel que retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu divisé par douze supérieur au montant visé au 1°.

II. # Le bénéfice de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel mentionnée au 2° du II de l'article D. 531-4 est ouvert aux catégories mentionnées au I, lorsque le nombre d'heures de travail mensuel à temps partiel déclaré sur l'honneur par le demandeur est supérieur à 50 % et au plus égal à 80 % de la durée légale du travail et que cette activité à temps partiel ne lui procure pas une rémunération mensuelle nette ou un revenu professionnel divisé par douze supérieur à 170 % du salaire minimum de croissance multiplié par 169.

III. # Pour les personnes mentionnées à l'article L. 7311-3 du code du travail, le revenu professionnel mentionné au 1° du I et au II du présent article est justifié :

a) A l'ouverture du droit, au titre des deux premiers mois de la période d'ouverture de droit ;

b) Au renouvellement du droit, au titre des trois mois précédant la période de renouvellement du droit.

Pour les travailleurs non salariés, le revenu professionnel mentionné au 2° du I et au II du présent article donne lieu à justification a posteriori, pour chaque période de droit, lorsque les revenus desdites périodes de droit sont connus. Lorsque les revenus effectivement perçus au cours d'une période de droit sont supérieurs à ceux visés au 2° du I ou au II du présent article, l'organisme débiteur de prestations familiales procède au

recouvrement des sommes indûment versées, sauf s'ils sont proportionnels à l'activité réduite déclarée. A cet effet, l'organisme débiteur de prestations familiales compare les revenus effectivement perçus au cours d'une période de droit au revenu tel que retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu de l'année civile précédant l'ouverture du droit.

IV. # Pour les élus locaux qui cessent leur activité professionnelle pour se consacrer à leur mandat d'élu, la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel est attribuée dans les conditions définies au 2° du I et au II du présent article en prenant en compte le montant des indemnités de fonction tel que retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu divisé par douze.

Article D531-10

Pour les personnes mentionnées à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles, le droit à la prestation est ouvert en prenant en compte le nombre d'enfants gardés autorisé tel que défini au deuxième alinéa de ce même article et, pour chaque enfant gardé, le nombre de jours de garde ou de demi-journées de garde effectué le premier mois de la période d'ouverture du droit ou du renouvellement du droit.

Le droit à la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel mentionnée au 1° du II de l'article D. 531-4 est ouvert si l'addition des jours de garde de chaque enfant divisée par le nombre d'enfants gardés puis rapportée au nombre de jours ouvrés du mois considéré est au plus égale à 50 %.

Le droit à la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel mentionnée au 2° du II de l'article D. 531-4 est ouvert si l'addition des jours de garde de chaque enfant divisée par le nombre d'enfants gardés puis rapportée au nombre de jours ouvrés du mois considéré est supérieure à 50 % et au plus égale à 80 %.

Pour le calcul du droit à la prestation, un enfant est considéré comme gardé à temps plein s'il est gardé tous les jours ouvrés du premier mois de la période d'ouverture du droit.

Une demi-journée de garde est définie comme une durée de garde inférieure à quatre heures par jour et une journée de garde comme toute durée supérieure à celle-ci.

L'assistante maternelle fournit à l'organisme débiteur des prestations familiales une attestation du ou des employeurs précisant, pour chaque enfant gardé, le nombre de jours ou de demi-journées de garde pour le mois considéré.

Article D531-11

Pour les catégories de cadres mentionnées à l'article L. 3121-43 du code du travail :

a) La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel mentionnée au 1° du II de l'article D. 531-4 est versée lorsque le nombre de jours de travail fixé par le contrat de travail, rapporté au nombre de jours autorisés par l'accord collectif de branche ou d'entreprise ou à défaut au plafond de jours prévu à l'article L. 3121-43 du code du travail, est au plus égal à 50 % ;

b) La prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel mentionnée au 2° du II de l'article D. 531-4 est versée lorsque le nombre de jours de travail fixé par le contrat de travail, rapporté au nombre de jours autorisé par l'accord collectif de branche ou d'entreprise ou à défaut au plafond de jours prévu à l'article L. 3121-43 du code du travail, est supérieur à 50 % et au plus égal à 80 %.

Article D531-13

Les durées de versement prévues au 3° du I de l'article L. 531-4 sont fixées à :

1° Six mois pour chacun des membres du couple lorsque le ménage assume la charge d'un seul enfant, dans la limite du premier anniversaire de l'enfant ;

2° Vingt-quatre mois pour chacun des membres du couple lorsque le ménage assume la charge d'au moins deux enfants, dans la limite du troisième anniversaire de l'enfant ;

La durée fixée au 2° est réduite du nombre de mois ayant donné lieu au versement d'une indemnité ou à un maintien de traitement dans les conditions prévues au premier alinéa du 3 du I de l'article L. 531-4.

Lorsque la charge de l'enfant est assumée par une personne seule, la prestation est versée jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge limite fixé, selon son rang, au 1° ou au 2°.

Article D531-14

La durée minimale de versement mentionnée au premier alinéa du IV de l'article L. 531-4 est fixée à douze mois.

Lorsque le ménage ou la personne seule adopte ou accueille en vue d'adoption simultanément au moins trois enfants, la durée maximale de versement de la prestation partagée d'éducation de l'enfant est de trois ans à compter de l'arrivée des enfants au foyer des adoptants.

Lorsque l'adoption a pour effet de porter à deux, au moins, le nombre d'enfants à la charge du ménage, les règles suivantes s'appliquent également :

1° Les durées de versement prévues respectivement aux premier et deuxième alinéas sont réduites du nombre de mois ayant donné lieu au versement d'une indemnité ou à un maintien de traitement dans les conditions prévues au premier alinéa du 3 du I de l'article L. 531-4 ;

2° Si l'âge limite fixé à l'article D. 531-1 n'est pas atteint à l'issue de la durée minimale prévue au premier alinéa, le versement de la prestation peut être prolongé jusqu'à ce que l'enfant atteigne cet âge.

Article D531-14-1

En cas de naissances multiples d'au moins trois enfants, la durée de versement de la prestation partagée d'éducation de l'enfant est fixée à quarante-huit mois pour chacun des membres du couple, dans la limite du

sixième anniversaire des enfants. Cette durée est réduite du nombre de mois ayant donné lieu au versement d'une indemnité ou à un maintien de traitement dans les conditions prévues au premier alinéa du 3 du I de l'article L. 531-4.

Lorsque la charge des enfants est assumée par une personne seule, la prestation est versée jusqu'à ce que les enfants atteignent l'âge limite fixé au premier alinéa.

Article D531-15

I.-Lorsque la prestation partagée d'éducation de l'enfant est attribuée au titre d'un enfant à charge de rang supérieur à un, sont assimilées à une activité professionnelle :

1° Les périodes de perception d'indemnités journalières de maladie, maternité, accident du travail, appréciées selon les modalités prévues aux 1°, 2° et 5° de l'article R. 351-12 ;

2° Les périodes de perception d'indemnités journalières de repos pour adoption pour une durée d'un trimestre par enfant ;

3° Les périodes de perception de l'allocation de remplacement pour maternité prévue aux articles L. 615-19-1 et L. 722-8-1 du présent code et aux articles L. 732-10 à L. 732-14 du code rural et de la pêche maritime, pour une durée d'un trimestre par enfant ;

4° Les périodes de chômage indemnisé appréciées selon les modalités prévues au 4° de l'article R. 351-12 du présent code ;

5° Les périodes de formation professionnelle rémunérée au sens du livre IX du code du travail, appréciées selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article R. 351-9 du présent code ;

6° Les périodes de perception de la prestation partagée d'éducation de l'enfant ou du complément de libre choix d'activité.

II.-Lorsque cette prestation est attribuée au titre d'un seul enfant à charge, sont assimilées à de l'activité professionnelle les indemnités et allocations mentionnées aux 1° à 3° du I du présent article.

Article D531-16

En application du premier alinéa du VI de l'article L. 531-4, le versement de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein est prolongé de deux mois en cas de reprise d'une activité professionnelle du parent bénéficiaire lorsque l'enfant est âgé d'au moins dix-huit mois et de moins de trente mois. Ce dernier âge est porté à soixante mois lorsque la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein est attribuée en application du V de l'article L. 531-4.

Pour bénéficier de cette disposition, le parent doit assumer la charge d'au moins deux enfants.

Article D531-16-1

La durée de versement mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 est fixée à huit mois pour chacun des membres du couple, dans la limite du premier anniversaire de l'enfant. Cette durée est réduite du nombre de mois ayant donné lieu au versement d'une indemnité ou à un maintien de traitement dans les conditions prévues au premier alinéa du 3 du I de l'article L. 531-4.

Lorsque la charge des enfants est assumée par une personne seule, la prestation est versée jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge limite fixé au premier alinéa.

L'activité professionnelle antérieure minimale mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 doit avoir été exercée pendant une période de référence égale aux cinq ans qui précèdent soit la naissance, l'adoption ou l'accueil de l'enfant au titre duquel le complément est demandé.

Pour bénéficier des dispositions du deuxième au cinquième alinéa du VI de l'article L. 531-4, le parent doit assumer la charge d'au moins trois enfants.

Article D531-17

I. # Lorsque le ménage ou la personne emploie une assistante maternelle agréée, le montant maximal mensuel des cotisations et contributions sociales prises en charge en application du premier alinéa du II de l'article L. 531-5 est égal à 100 % des cotisations et contributions sociales mentionnées à cet article, à la condition que la rémunération servie à l'assistante maternelle, au titre de la garde de l'enfant, ne dépasse pas par jour et par enfant cinq fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance telle qu'elle résulte de l'application des articles L. 3231-1 à L. 3231-12 et L. 3423-1 du code du travail.

II. # Lorsque le ménage ou la personne emploie une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, le montant maximal mensuel des cotisations et contributions sociales prises en charge en application du deuxième alinéa du II de l'article L. 531-5 est égal à 50 % des cotisations patronales et salariales mentionnées à cet article, dans la limite d'un plafond.

III. # Le montant du plafond mentionné au II est revalorisé au 1er janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D531-18

Pour l'application des dispositions du III de l'article L. 531-5, il convient de prendre en compte les règles suivantes :

1° La prise en charge partielle de la rémunération par l'organisme débiteur des prestations familiales est fixée au maximum à 85 % du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles ;

2° L'aide prévue au 1° ne peut excéder un montant variable selon le barème suivant :

a) Lorsque le ménage a perçu des revenus au plus égaux à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 114,04 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

b) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1 et au plus égaux à ce plafond, le montant versé ne peut excéder 71,91 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

c) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 43,14 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

3° Lorsque la charge de l'enfant ou des enfants est assumée par une personne seule, les plafonds de ressources mentionnés au 2° sont majorés de 40 % ;

4° Pour l'application du 2°, les revenus du ménage ou de la personne seule sont appréciés dans les conditions prévues aux articles R. 532-1 à R. 532-8.

Article D531-19

I.-Pour l'application du cinquième alinéa du I de l'article L. 531-5, sont assimilées à une activité professionnelle les situations suivantes ;

1° Les périodes de perception d'indemnités journalières de maladie, maternité, paternité, repos pour adoption, accident du travail et de l'allocation de remplacement ;

2° Les périodes de chômage donnant lieu à versement d'indemnités mentionnées aux articles L. 5122-1 et L. 5422-1 du code du travail ;

3° Les périodes de formation professionnelle rémunérée au sens de la sixième partie du code du travail.

Article D531-20

Pour l'application des dispositions prévues au IV de l'article L. 531-5, lorsque l'âge de l'enfant est supérieur à celui fixé à l'article D. 531-1 et inférieur à six, il convient de prendre en compte les règles suivantes :

1° Le plafond de prise en charge des cotisations et contributions sociales, lorsque le ménage ou la personne emploie une personne visée à l'article L. 7221-1 du code du travail, est égal à la moitié du plafond prévu au deuxième alinéa de l'article D. 531-17 ;

2° Les montants maximaux fixés au 2° de l'article D. 531-18 pour le calcul de la prise en charge partielle de la rémunération sont divisés par deux.

Article D531-21

Lorsque la personne ou un membre du couple exerce une activité au plus égale à 50 % et bénéficie à ce titre de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel :

1° Le plafond de prise en charge des cotisations et contributions sociales, lorsque le ménage ou la personne emploie une personne visée à l'article L. 7221-1 du code du travail, est égal à la moitié du plafond prévu au deuxième alinéa de l'article D. 531-17 ;

2° Les montants maximaux fixés au 2° de l'article D. 531-18 pour le calcul de la prise en charge partielle de la rémunération sont divisés par deux.

Article D531-22

Lorsqu'au cours d'un même mois, un ou plusieurs enfants sont gardés par une assistante maternelle agréée et par une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail, les cotisations et contributions sociales sont prises en charge au titre de chaque emploi dans les conditions prévues à l'article D. 531-17 et aux 1° des articles D. 531-20 et D. 531-21.

Pour le calcul de la prise en charge partielle de la rémunération, il est fait masse des rémunérations versées. Le montant maximal d'aide applicable est la somme des montants maximaux applicables à chaque enfant en fonction de son âge selon les modalités prévues aux 2° des articles D. 531-18, D. 531-20 et D. 531-21.

Article D531-23

I. # Pour l'application des quatre premiers alinéas de l'article L. 531-6, le complément de libre choix du mode de garde est versé au ménage ou à la personne qui, pour assurer la garde d'un enfant, recourt à une association ou à une entreprise répondant aux conditions définies :

1° Aux articles L. 7231-1 et L. 7232-1 du code du travail en cas de garde à domicile ;

2° A l'article L. 2324-1 du code de la santé publique en cas de garde par une assistante maternelle.

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 531-6, le complément de libre choix du mode de garde est versé au ménage ou à la personne qui, pour assurer la garde d'un enfant, recourt à un établissement d'accueil de jeunes enfants autorisé à accueillir simultanément le nombre d'enfants mentionné au 4° de l'article R. 2324-17 du code de la santé publique, sous réserve que la tarification appliquée par l'établissement ne dépasse pas 11 euros par heure d'accueil.

Dans tous les cas, l'association, l'entreprise ou l'établissement ne doit pas percevoir, pour le même service au titre de son fonctionnement, de prestation financée par le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article R. 263-1.

II. # La prise en charge partielle du coût de la garde par l'organisme débiteur des prestations familiales est fixée au maximum à 85 % de la dépense engagée par la personne ou le ménage.

III. # 1° En cas de garde par une assistante maternelle, l'aide prévue au II ne peut excéder un montant variable selon le barème suivant :

a) Lorsque le ménage a perçu des revenus au plus égaux à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 172,57 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

b) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1 et au plus égaux à ce plafond, le montant versé ne peut excéder 143,81 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

c) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 115,05 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

2° En cas de garde à domicile ou par un établissement d'accueil de jeunes enfants, l'aide prévue au II ne peut excéder un montant variable selon le barème suivant :

a) Lorsque le ménage a perçu des revenus au plus égaux à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 208,53 % de la base mensuelle de calcul des allocations ;

b) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs à 45 % du plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1 et au plus égaux à ce plafond, le montant versé ne peut excéder 179,76 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

c) Lorsque le ménage a perçu des revenus supérieurs au plafond de ressources mentionné au troisième alinéa de l'article R. 531-1, le montant versé ne peut excéder 151,00 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales ;

3° Lorsque la charge de l'enfant ou des enfants est assumée par une personne seule, les plafonds de ressources mentionnés au 1° et au 2° du III sont majorés de 40 % ;

4° Le complément est versé par enfant en cas de garde par une assistante maternelle ou par un établissement d'accueil de jeunes enfants et par famille en cas de garde au domicile des parents ;

5° Pour l'application des 1° et 2°, les revenus du ménage ou de la personne seule sont appréciés dans les conditions prévues aux articles R. 532-1 à R. 532-8.

IV. # Pour la garde d'un enfant répondant à la condition d'âge mentionnée au IV de l'article L. 531-5, les montants mentionnés au III sont divisés par deux.

V. # Le complément n'est pas dû si l'enfant n'est pas gardé au minimum seize heures dans le mois au titre duquel le complément est demandé.

VI. # Lorsqu'au cours d'un même mois un ou plusieurs enfants sont gardés selon plus d'un même mode de garde dans les conditions mentionnées au I et au V, il est fait masse, pour le calcul de l'aide, de l'ensemble des dépenses engagées pour ces modes de garde. Le montant maximal de l'aide est la somme des montants maximaux applicables à chaque enfant en fonction de son âge, mentionnés au 1° du III et au IV.

Lorsque le ménage ou la personne peut bénéficier, au cours d'un même mois, pour plusieurs enfants, de plusieurs compléments de libre choix du mode de garde en application de l'article L. 531-5 et de l'article L. 531-6, il est procédé de la façon suivante :

il est d'abord calculé une aide par application de l'article D. 531-22, au titre des dépenses engagées dans les conditions mentionnées à l'article L. 531-5 ;

il est ensuite calculé une aide par application des dispositions du VI ci-dessus au titre des dépenses engagées dans les conditions mentionnées à l'article L. 531-6.

Le cumul des deux aides ne peut excéder la somme des montants maximaux applicables à chaque enfant en fonction de son âge prévu au 1° du III ou au IV. Si l'enfant ou les enfants sont gardés uniquement à domicile, le cumul des deux aides ne peut excéder le montant mentionné au 2° du III ou au IV.

VII. # Le complément est versé mensuellement par l'organisme débiteur des prestations familiales sur justification des dépenses acquittées au titre d'un mois civil dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception de cette justification.

VIII. # Lorsque la personne ou un membre du couple exerce une activité au plus égale à 50 % et bénéficie à ce titre de la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux partiel, le complément de libre choix du mode de garde versé en application de l'article L. 531-6 est attribué dans les conditions définies au IV.

Article D531-23-1

I. # Pour l'application du 1° du III de l'article L. 531-5 et du 1° de l'article L. 531-6, il est tenu compte des règles suivantes :

A. # Lorsque la personne ou les membres du ménage qui bénéficient du complément de libre choix du mode de garde travaillent et font garder leurs enfants selon des horaires spécifiques, les montants maximaux fixés aux 2° des articles D. 531-18, D. 531-20 et D. 531-21 et au III de l'article D. 531-23 sont majorés de 10 % dans les conditions prévues au présent article.

Sont prises en compte comme horaires spécifiques de travail les périodes comprises entre 22 heures et 6 heures ainsi que celles intervenant un dimanche ou un jour férié mentionné à l'article L. 3133-1 du code du travail.

La majoration est due si le nombre d'heures de garde en horaires spécifiques est supérieur ou égal à 25 heures dans le mois au titre duquel elle est demandée.

B. # Pour ouvrir droit à la majoration, le demandeur déclare le nombre d'heures de garde en horaires spécifiques :

1° Sur le formulaire mentionné à l'article L. 531-8 lorsque le complément du mode de garde est demandé au titre de l'article L. 531-5 ;

2° Sur l'attestation établie par l'association, l'entreprise habilitée ou l'établissement d'accueil de jeunes enfants pour la justification des dépenses de garde prévue au VII de l'article D. 531-23 lorsque le complément du mode de garde est demandé au titre de l'article L. 531-6.

C. # Le nombre d'heures de garde en horaires spécifiques est contrôlé par l'organisme débiteur des prestations familiales une fois par an sur la base d'une attestation annuelle du ou des employeurs de la personne ou des membres du ménage précisant, pour chacun des douze derniers mois, le nombre d'heures total effectuées en horaires spécifiques.

Lorsque le contrôle fait apparaître que le seuil de 25 heures de travail en horaires spécifiques ne peut être justifié ou n'a pas été atteint au titre d'un mois civil, l'organisme débiteur des prestations familiales procède au recouvrement de la majoration indûment versée.

D. # Le bénéfice de la majoration prévue au I est ouvert aux personnes mentionnées aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 613-1 du présent code et à l'article L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime sur la base d'une attestation sur l'honneur qui comporte les mêmes indications que celles prévues au premier alinéa du III du présent article.

II. # Pour l'application du 2° du III de l'article L. 531-5 et du 2° de l'article L. 531-6, les montants maximaux fixés aux 2° des articles D. 531-18, D. 531-20 et D. 531-21 et au III de l'article D. 531-23 sont majorés de 30 %.

Article D531-24

La demande du complément de libre choix du mode de garde est faite auprès de l'organisme débiteur des prestations familiales.

L'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 531-8 adresse au demandeur les formulaires de déclaration des éléments nécessaires à la liquidation du complément.

Pour ouvrir droit au complément, le demandeur adresse à l'organisme de recouvrement le formulaire de déclaration correspondant au coût de la garde pour le mois considéré.

Le formulaire de déclaration peut également être adressé par voie électronique dans les conditions prévues aux premier à troisième alinéas du I de l'article L. 133-5.

L'organisme mentionné au deuxième alinéa du présent article assure le calcul et le recouvrement des cotisations et contributions sociales. Il délivre une attestation d'emploi permettant au salarié de justifier de ses droits aux prestations de sécurité sociale, d'assurance chômage et de retraite complémentaire. Il délivre également une attestation annuelle permettant à l'employeur de justifier de son droit à la réduction d'impôt prévue par l'article 199 sexdecies du code général des impôts ou celle prévue par l'article 199 quater D de ce même code.

Pour la gestion des missions mentionnées au précédent alinéa, l'organisme de recouvrement adhère à une convention établie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article D531-25

Lorsque le prélèvement des cotisations n'est pas honoré, il est fait application des dispositions des articles R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1, R. 243-20, R. 243-20-3 et R. 243-21.

Article D531-26

Pour l'application de l'article L. 531-10, la prestation partagée d'éducation de l'enfant ainsi que l'allocation de base continuent d'être versées pendant une période de trois mois dans la limite des conditions d'âge et de durée de versement mentionnées aux articles L. 531-3 et L. 531-4.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 3 : Prestation d'accueil du jeune enfant

Chapitre 2 : Dispositions relatives aux examens médicaux de la mère et de l'enfant

Article D532-1

Une déclaration de grossesse doit être adressée par l'allocataire dans les quatorze premières semaines de la grossesse à l'organisme d'assurance maladie ainsi qu'à l'organisme débiteur de prestations familiales de rattachement de l'intéressé.

La déclaration de grossesse est attestée par le document médical prévu à cet effet constatant la passation du premier examen prénatal, dont le modèle type est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D532-2

Si les examens mentionnés à l'article L. 533-1 ne sont pas passés, en l'absence de motifs légitimes, l'organisme débiteur de prestations familiales suspend le versement de la prestation d'accueil du jeune enfant sur demande du médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile. Cette suspension prend effet à compter du mois civil qui suit celui au cours duquel est transmise la demande du médecin.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 1er : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Article D541-1

Le taux servant au calcul de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé proprement dite est fixé en pourcentage de la base mensuelle prévue à l'article L. 551-1 à 32 p. 100 pour chaque enfant à charge répondant aux conditions prévues à l'article R. 541-1.

Article D541-2

Le taux du complément de première catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est fixé à 24 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Le taux du complément de deuxième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est fixé à 65 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Le taux du complément de troisième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est fixé à 92 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Le taux du complément de quatrième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est fixé à 142,57 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Le taux du complément de cinquième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est fixé à 182,21 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Le montant du complément de la sixième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est égal au montant de la majoration pour tierce personne accordée aux invalides de la 3e catégorie définis à l'article L. 341-4.

Article D541-3

La majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé prévue à l'article L. 541-4 est attribuée à toute personne isolée et bénéficiant de l'allocation mentionnée à l'article L. 541-1 ou de cette allocation et de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, dès lors que la commission des droits et de l'autonomie a accordé un complément en raison de l'état de l'enfant la contraignant à renoncer, cesser ou exercer une activité professionnelle à temps partiel ou exigeant le recours à tierce personne rémunérée.

La majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé est due pour chacun des enfants handicapés remplissant ces conditions.

Article D541-4

Le montant de la majoration spécifique pour enfant handicapé est égal à :

- a) 13 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales lorsqu'un complément de deuxième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été attribué ;
- b) 18 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales lorsqu'un complément de troisième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été attribué ;
- c) 57 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales lorsqu'un complément de quatrième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été attribué ;
- d) 73 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales lorsqu'un complément de cinquième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été attribué ;
- e) 107 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales lorsqu'un complément de sixième catégorie de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été attribué.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 2 : Allocation de logement familiale - Primes de déménagement - Prêts à l'amélioration de l'habitat

Section 1 : Dispositions générales - Champ d'application.

Article D542-1

Pour l'application du 3° de l'article L. 542-1, l'un et l'autre des époux ne doivent pas avoir atteint l'âge de quarante ans lorsque le mariage a été célébré.

La durée pendant laquelle l'allocation est due est fixée à cinq ans.

Le logement mis à la disposition d'un requérant par un des ascendants ou de ses descendants n'ouvre pas droit au bénéfice de l'allocation. Les seuils mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 542-2 sont fixés à 10 % pour les parts de propriété et à 10 % pour les parts d'usufruit, sans que l'ensemble de ces parts ne puisse égaler ou dépasser 10 % au total.

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale, la notion de résidence principale doit être entendue au sens du logement effectivement occupé au moins huit mois par an soit par l'allocataire, soit par son conjoint ou concubin, soit par une des personnes à charge au sens de l'article D. 542-4 sauf obligation professionnelle, raison de santé ou cas de force majeure.

Article D542-2

Si un logement devient surpeuplé par suite de naissance ou de la prise en charge d'un enfant, d'un ascendant ou d'un collatéral de deuxième ou de troisième degré, les allocations sont maintenues pendant une durée de deux ans.

Cette dérogation peut être prolongée, sur décision de l'organisme payeur, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article D. 542-15, par période de deux ans renouvelable, après enquête sociale et au vu d'une attestation motivée du préfet certifiant que l'allocataire ne peut être logé conformément aux conditions fixées au 2° de l'article D. 542-14.

En cas de refus de dérogation, le deuxième alinéa de l'article D. 542-15 est applicable.

Section 2 : Conditions générales d'attribution

Article D542-3

L'allocation de logement est due à la date et aux conditions définies à l'article L. 542-2 du code de la sécurité sociale.

Le droit s'éteint à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf si la clôture du droit résulte du décès de l'allocataire ou de son conjoint ou d'une personne à charge, auquel cas le droit prend fin le premier jour du mois civil suivant le décès.

Les changements intervenus dans la composition de la famille ou dans la situation de l'allocataire ou de son conjoint et qui sont de nature à modifier ses droits à l'allocation prennent effet et cessent de produire leur effet selon les règles ci-dessus définies respectivement pour l'ouverture et pour l'extinction des droits.

Toutefois, en cas de déménagement et en cas de conclusion ou de résiliation de l'une des conventions mentionnées à l'article L.351-2 du code de la construction et de l'habitation, le droit à l'allocation de logement, le cas échéant :

- a) Est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies ;
- b) S'éteint le dernier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies.

Article D542-4

Outre les enfants âgés de moins de vingt et un ans et qui, vivant au foyer de l'allocataire, sont à sa charge au sens des articles L. 512-3 et L. 513-1, sont également considérés comme à charge pour l'ouverture du droit à l'allocation de logement et le calcul de son montant les personnes vivant au foyer de l'allocataire ci-dessous désignées et dont les ressources déterminées dans les conditions prévues à l'article D. 542-10 n'excèdent pas le plafond individuel prévu à l'article L. 815-9 en vigueur au 31 décembre de l'année de référence, multiplié par 1, 25 :

- 1°) ascendants de l'allocataire ou de son conjoint, âgés d'au moins soixante-cinq ans ;
- 2°) ascendants de l'allocataire ou de son conjoint âgés d'au moins soixante ans et inaptes au travail, ou anciens déportés ou internés, titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique, ou bénéficiaires des articles L. 161-19, L. 351-8 ou L. 643-3, ou des dispositions de la loi n° 75-1279 du 30 décembre 1975.

L'inaptitude reconnue au titre d'un régime d'assurance vieillesse résultant de dispositions législatives ou réglementaires s'impose à l'organisme ou service liquidateur.

Lorsqu'il est fait état de l'inaptitude au travail de l'ascendant, sans qu'une prestation de vieillesse ait été allouée à ce titre, l'organisme liquidateur communique le dossier de l'intéressé à la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail de la circonscription de sa résidence. Toutefois, la caisse de mutualité sociale agricole est compétente, lorsque la dernière activité de l'ascendant exercée à titre principal est une profession agricole. L'organisme considéré détermine si, au regard de l'article L. 351-7 et des textes pris pour son application, l'intéressé est inapte au travail et signifie sa décision avec son avis motivé à l'organisme ou service liquidateur ;

3°) ascendants et descendants, ou frères et soeurs, ou oncles et tantes, ou neveux et nièces de l'allocataire ou de son conjoint atteints d'une infirmité entraînant une incapacité permanente au moins égale à 80 % ou pour lesquels la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles reconnaît, compte tenu de leur handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Article D542-5

I.-Pour les locataires autres que ceux mentionnés au II du présent article, le montant mensuel de l'allocation de logement est égal à la différence entre la dépense de logement éligible et une participation personnelle du ménage.

La dépense de logement éligible comprend le loyer principal retenu dans la limite d'un plafond, ainsi qu'un montant forfaitaire au titre des charges. Le plafond de loyer est fixé en fonction de la zone géographique et, sauf dans le cas où le logement occupé est une chambre, de la composition familiale.

La participation personnelle est la somme d'une participation minimale et du résultat de l'application d'un taux de participation aux ressources du bénéficiaire diminuées, dans la limite du montant desdites ressources, d'un montant fixé forfaitairement. Ce forfait R0, fixé par arrêté conjoint des ministres chargés du logement, du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture, est revalorisé au 1er janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle de l'indice des prix à la consommation des ménages hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année précédant cette revalorisation. Il est arrondi à l'euro inférieur.

Dans le cas du calcul de l'allocation de logement des colocataires, le loyer principal retenu représente le quotient du loyer effectivement payé par le nombre de cotitulaires du bail ou de l'engagement de location, le résultat étant pris en compte dans la limite du plafond de loyer qui correspond à la situation familiale de chacun des colocataires ; le montant forfaitaire de charges est celui qui correspond à la situation familiale de chacune des personnes ou ménages concernés.

Les ressources du bénéficiaire sont appréciées conformément aux articles D. 542-8 à D. 542-12 et arrondies aux 100 euros supérieurs.

Le taux de participation susvisé est obtenu par l'addition :

-d'un premier taux qui est fonction de la taille du ménage ;

-d'un second taux qui croît quand le loyer augmente dans la limite d'un plafond ; il est obtenu par l'application de taux croissants à des tranches successives de loyer ; ces tranches sont déterminées en proportion d'un loyer de référence fixé en fonction de la composition familiale. ;

II.-Pour les accédants à la propriété ainsi que pour les étudiants logés en résidence universitaire, le montant de l'allocation de logement est obtenu par l'application de la formule :

AL égal $K (L + C - Lo)$

Dans laquelle :

1°) AL représente le montant de l'allocation de logement ;

2°) K représente le coefficient de prise en charge déterminé, pour chaque intervalle de ressources de 100 euros, par la formule :

R

$K = 0,9 - 21 420,91 \times N$

dans laquelle :

R représente la limite supérieure de l'intervalle dans lequel se situent les ressources appréciées conformément à l'article D. 542-10 ;

N représente le nombre de parts déterminé dans les conditions prévues au 5° ;

Le coefficient K est arrondi à deux décimales par défaut.

3°) L représente selon le cas :

Soit le loyer principal effectivement payé défini à l'article D. 542-20 et éventuellement ramené au plafond mentionné à l'article D. 542-21 ;

Soit la somme prise en compte, dont il est fait état aux articles D. 542-25 et D. 542-28, et éventuellement ramenée au plafond mentionné à l'article D. 542-27 ;

4°) C représente une majoration forfaitaire au titre des charges ;

5° Lo représente le loyer minimum. Ce loyer minimum est la part du loyer L défini au 3° qui doit rester à la charge de l'allocataire compte tenu des ressources du foyer définies aux articles D. 542-8 à D. 542-11 et de la composition de la famille. Ce loyer minimum est déterminé pour chaque intervalle de ressources de 100 Euros. Il est obtenu par l'application, à la limite supérieure de l'intervalle dans lequel se situent les ressources du foyer, de pourcentages fixés comme suit :

0 % pour la tranche de ressources inférieure ou égale à 1 423,03 euros ;

2,4 % pour la tranche de ressources comprise entre 1 423,03 euros et 2 047,61 euros ;

20,8 % pour la tranche de ressources comprise entre 2 047,61 euros et 2 629,85 euros ;

23,2 % pour la tranche de ressources comprise entre 2 629,85 euros et 4 095,05 euros ;

32,8 % pour la tranche de ressources supérieure à 4 095,05 euros.

Les limites inférieures et supérieures de chacune de ces tranches sont affectées des coefficients (ou nombre de parts) ci-après :

1,5 pour un ménage sans enfant ;

2,5 pour un ménage ou une personne avec un enfant ou personne à charge ;

3 pour un ménage ou une personne avec deux enfants ou personnes à charge ;

3,7 pour un ménage ou une personne avec trois enfants ou personnes à charge ;

4,3 pour un ménage ou une personne avec quatre enfants ou personnes à charge.

Ce dernier coefficient est majoré de 0,5 par enfant ou par personne à charge supplémentaire.

Le loyer minimum ainsi obtenu est majoré d'un montant égal à 76,32 euros.

Article D542-5-1

Pour les personnes qui perçoivent l'allocation de logement visée au II de l'article D. 542-5, la dépense nette de logement obtenue en déduisant de la somme du loyer principal pris en compte (L) et du montant forfaitaire des charges (C) le montant mensuel de l'allocation de logement doit être au moins égale à un minimum forfaitaire fixé à 15 euros.

Lorsque la dépense nette de logement est inférieure au minimum forfaitaire, il est appliqué au montant mensuel de l'allocation de logement un abattement égal à la différence constatée.

Dans les cas mentionnés aux 1°, 3° et 4° de l'article D 542-24, la mensualité nette obtenue en déduisant des charges mensuelles de prêts déclarés, majorées du montant forfaitaire des charges, le montant de l'allocation de logement due aux accédants, doit être au moins égale à un minimum déterminé par le produit d'un coefficient fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement et du montant des ressources prises en compte pour le calcul de l'allocation de logement, déterminées en application des articles D 542-10 et D 542-11. Lorsque la mensualité nette est inférieure au minimum, il est appliqué au montant mensuel de l'allocation un abattement égal à la différence constatée.

Article D542-5-2

Le montant de l'allocation de logement, définie au I de l'article D. 542-5, est calculé selon la formule :

$$AL = L + C - P_p,$$

dans laquelle AL représente le montant mensuel de l'allocation de logement ;

L représente, pour une période d'un mois, le loyer principal effectivement payé pris en compte dans la limite du plafond de loyer fixé par arrêté ;

C représente le montant forfaitaire des charges défini au deuxième alinéa de l'article D. 542-21.

Pp représente la participation personnelle du ménage à la dépense de logement.

La participation personne Pp est calculée selon les dispositions ci-après.

La participation personnelle Pp est obtenue par la formule suivante :

$$Pp = Po + Tp \times Rp.$$

Po représente la participation minimale et est égale à 8,5 % de la dépense éligible définie au I de l'article D. 542-5 du même code, sans pouvoir toutefois être inférieure à une valeur fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et du logement ;

Tp représente le taux de participation personnelle ;

Rp est égal à la différence entre les ressources du bénéficiaire appréciées dans les conditions prévues au I de l'article D. 542-5 du même code et un montant forfaitaire, défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du logement, du budget et de l'agriculture ; Rp ne peut être inférieur à zéro.

Le taux de participation personnelle (Tp) du ménage, exprimé en pourcentage, est calculé selon la formule suivante :

$$Tp = Tf + Tl,$$

dans laquelle :

TF représente un taux fonction de la taille du ménage. Il est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du logement, du budget et de l'agriculture.

TL représente un taux complémentaire fixé par arrêté en fonction de la valeur du rapport RL entre le loyer retenu dans la limite du plafond et un loyer de référence. RL est exprimé en pourcentage arrondi à la deuxième décimale. Le loyer de référence est défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du logement, du budget et de l'agriculture.

Pour la détermination de TL, les taux et tranches de loyers sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du logement, du budget et de l'agriculture.

TL exprimé en pourcentage est arrondi à la troisième décimale.

Article D542-6

Les bénéficiaires sans personne à charge visées au 6° de l'article L. 542-1 sont assimilés aux ménages sans enfant pour le calcul de leur allocation de logement.

Article D542-7

L'allocation de logement est versée mensuellement.

L'allocation de logement n'est pas versée lorsque son montant, calculé selon la formule mentionnée à l'article D. 542-5, est inférieur à 15 Euros par mois.

Le montant de l'allocation de logement, versé net des contributions sociales qui s'y appliquent, est arrondi à l'euro inférieur.

Article D542-8

Les dispositions du présent chapitre relatives à la résidence principale ou qui comportent la prise en compte des ressources s'appliquent dans les mêmes conditions au conjoint, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité et au concubin.

Article D542-9

Les ressources prises en compte pour l'application de l'article D. 542-5 sont, soit celles perçues pendant l'année civile de référence prévue aux articles D. 542-20 à D. 542-28, par l'allocataire et son conjoint et par les personnes vivant habituellement au foyer, soit celles appréciées dans les conditions prévues à l'article R. 532-8.

Sont considérées comme vivant habituellement au foyer les personnes y ayant résidé pendant plus de six mois au cours de l'année civile précédant la période de paiement et y résidant à la date d'ouverture du droit ou au début de la période de paiement.

Article D542-10

Les ressources retenues sont celles perçues pendant l'année civile de référence. L'année civile de référence est l'avant-dernière année précédant la période de paiement.

Sous réserve des dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-8 et D. 542-11 et des alinéas suivants du présent article, les ressources prises en considération s'entendent du total des revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu d'après le barème des revenus taxés à un taux proportionnel ou soumis à un prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu, ainsi que les revenus perçus hors de France ou versés par une organisation internationale et après :

- a) La déduction au titre des créances alimentaires mentionnée au 2° du II de l'article 156 du code général des impôts et majorées dans les conditions prévues au 7 de l'article 158 du code général des impôts ;
- b) L'abattement mentionné à l'article 157 bis du code général des impôts pour les personnes nées avant le 1er janvier 1931 ou invalides quel que soit leur âge ;

Sont également prises en considération :

1° Après application de la déduction correspondant à celle mentionnée au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts, l'indemnité journalière mentionnée au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ;

2° Les rémunérations mentionnées à l'article 81 quater de ce même code ;

Il est fait abstraction des déductions opérées en vertu de l'article 156-1 du code général des impôts au titre des reports des déficits constatés au cours d'une année antérieure à celle qui est prise en considération.

Lorsque les ressources de l'année de référence de l'allocataire ou de son conjoint ne proviennent pas d'une activité salariée et que ces ressources ne sont pas connues au moment de la demande ou du réexamen des droits, il est tenu compte des dernières ressources connues et déterminées dans les conditions prévues aux alinéas précédents. Ces ressources sont revalorisées par application du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages pour l'année civile de référence figurant dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances.

Les ressources ci-dessus définies sont diminuées d'un abattement forfaitaire lorsque les deux conjoints ont exercé une activité professionnelle productrice de revenus au cours de l'année civile de référence et que chacun des deux revenus correspondants a été au moins égal à douze fois la base mensuelle de calcul des allocations familiales en vigueur au 1er juillet de ladite année.

Cet abattement est fixé à 95 euros.

Un abattement est opéré sur les ressources de la personne seule qui assume la charge d'un ou plusieurs enfants ou d'une ou plusieurs personnes au sens de l'article L. 542-1 et qui perçoit l'allocation de logement visée au II de l'article D. 542-5.

Cet abattement est fixé à :

901 euros pour les personnes seules assumant la charge d'un ou de deux enfants ou personnes au sens de l'article L. 542-1 ;

1 350 euros pour les personnes seules assumant la charge d'au moins trois enfants ou personnes au sens de l'article L. 542-1.

Lors de l'ouverture du droit ou en début de période de paiement, lorsque le demandeur poursuit des études ainsi que, le cas échéant, son conjoint, et que les ressources du ménage au titre de l'année civile de référence appréciées au sens des alinéas précédents sont inférieures à un montant minimal de ressources, les ressources du bénéficiaire ou du ménage sont réputées égales à ce montant. Un montant minimal de ressources inférieur à ce dernier est appliqué lorsque le demandeur est titulaire d'une bourse de l'enseignement supérieur qui n'est pas assujettie à l'impôt sur le revenu. Ces montants, fixés par arrêté conjoint des ministres chargés du logement, du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture, évoluent le 1er janvier de chaque année comme l'indice de référence des loyers défini à l'article 17 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989. Ils sont arrondis à la centaine d'euros la plus proche.

En cas d'accession à la propriété, lorsque le prêt est accordé postérieurement au 30 septembre 1992, si les ressources du bénéficiaire et de son conjoint, déterminées en application des alinéas précédents et des articles R. 532-8 et D. 542-11 sont inférieures à un montant égal à 16, 25 fois la mensualité de charges de prêt déclarées par l'allocataire, les ressources du bénéficiaire et de son conjoint sont réputées égales à ce montant sauf lorsqu'il y a lieu d'appliquer les dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-7.

A compter du 1er octobre 1994, pour les contrats de prêts signés postérieurement au 30 septembre 1994, si les ressources du bénéficiaire et de son conjoint appréciées au sens des alinéas 1 à 9 du présent article et des articles R. 532-8 et D. 542-11 sont inférieures à un montant égal à 16, 25 fois la mensualité de charges de prêt déclarées par l'allocataire lorsque l'allocation est accordée en application du 1^o, 3^o ou 4^o de l'article D. 542-24, celles-ci sont réputées égales à ce montant, sauf lorsque, postérieurement à la date de signature du contrat de prêt et pendant la période d'accession en cours, il y a lieu d'appliquer les dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-7.

Pour les contrats de prêts signés postérieurement au 30 septembre 1994, si les ressources du bénéficiaire et de son conjoint appréciées au sens des premier au neuvième alinéas du présent article et des articles R. 532-8, D. 542-11 et D. 542-12 sont inférieures à un montant forfaitaire lorsque l'allocation est accordée en application du 2^o de l'article D. 542-24, celles-ci sont réputées égales à ce montant sauf lorsque, postérieurement à la date de signature du contrat de prêt et pendant la période d'accession en cours, il y a lieu d'appliquer les dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-7.

Le montant forfaitaire visé à l'alinéa précédent est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement.

Les dispositions des dix-huitième, dix-neuvième et vingtième alinéas ne s'appliquent pas lorsque postérieurement à la date de signature du prêt et pendant la période d'accession en cours le bénéficiaire ou son conjoint se trouve dans l'obligation de cesser son activité professionnelle et est admis au bénéfice d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail, de l'allocation aux adultes handicapés ou de l'allocation compensatrice.

Article D542-10-1

Lorsque le bénéficiaire justifie qu'en raison d'obligations professionnelles lui-même ou son conjoint est contraint d'occuper de manière habituelle un logement distinct de celui de son ou de leur lieu de résidence principale et qu'il supporte des charges de loyer supplémentaires afférentes à ce logement, il est procédé à un abattement forfaitaire sur les ressources de la personne ou du ménage déterminées dans les conditions prévues aux articles D. 542-10, D. 542-11 et D. 542-12.

L'abattement est appliqué à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le bénéficiaire doit supporter ces charges. Il est supprimé à compter du premier jour du mois civil au cours duquel le bénéficiaire cesse de les supporter.

Le montant de cet abattement est fixé par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement.

Article D542-11

Sont exclus également du décompte des ressources les arrérages des rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée et mentionnés à l'article 199 septies du code général des impôts.

Ne sont prises en compte que pour la fraction dépassant le plafond individuel prévu à l'article L. 815-9 du présent code, multiplié par 1,25, les ressources de chacune des personnes ci-dessous mentionnées, qui sont :

1°) ascendants de l'allocataire ou de son conjoint âgés d'au moins soixante-cinq ans ou d'au moins soixante ans en cas d'inaptitude au travail ;

2°) titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles et sont ascendants, descendants ou collatéraux au deuxième degré ou au troisième degré de l'allocataire ou de son conjoint ;

3°) enfants de l'allocataire ou de son conjoint.

Article D542-14

Le logement au titre duquel le droit à l'allocation de logement est ouvert doit être occupé à titre de résidence principale et répondre aux conditions suivantes :

1° Remplir les caractéristiques de logement décent telles que définies par le décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 modifiée tendant à améliorer les rapports locatifs.

Lorsque le logement ne répond pas aux caractéristiques mentionnées à l'alinéa précédent ou lorsque le propriétaire n'a pas produit l'attestation mentionnée au I de l'article D. 542-17, l'allocation de logement peut être accordée, à titre dérogatoire, par l'organisme payeur :

a) Aux personnes logées en hôtel meublé ou en pension de famille, pour une durée d'un an. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet.

Le préfet désigne alors, dans le cadre du plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées mentionné aux articles 2 et suivants de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, un organisme privé ou public aux fins de proposer au propriétaire une solution adaptée d'amélioration du logement ou à l'allocataire une solution de relogement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Cette dérogation peut être prorogée pour six mois par le conseil d'administration de l'organisme payeur si les travaux de mise aux normes, bien que décidés, n'ont pas encore pu être achevés à l'issue de la première année ou si la solution de relogement bien qu'acceptée par l'allocataire n'a pas encore pris effet dans le même délai.

En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé ;

b) Aux personnes visées à l'article D. 542-24, pour une durée de dix-huit mois renouvelable une fois. L'organisme payeur doit en informer son conseil d'administration et le préfet.

Il en informe également le comité responsable du plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées mentionné ci-dessus afin que ce dernier examine avec l'allocataire une solution adaptée d'amélioration du logement ou une solution de relogement.

2° Présenter une surface habitable globale au moins égale à seize mètres carrés pour un ménage sans enfant ou deux personnes, augmentée de neuf mètres carrés par personne en plus dans la limite de soixante-dix mètres carrés pour huit personnes et plus.

Article D542-14-1

Les cas prévus au 2° du III de l'article L. 542-2 sont les suivants :

1° Le bailleur du logement apporte la preuve auprès de l'organisme payeur qu'il a engagé les travaux de mise en conformité en vue d'un achèvement dans un délai de six mois. Le renouvellement de ce délai de six mois ne peut être accordé que si le propriétaire apporte la preuve que la réalisation des travaux nécessite un délai supérieur ou que le retard dans l'avancement des travaux ne lui est pas imputable ;

2° Le locataire du logement a engagé une action en justice toujours en cours fondée sur la méconnaissance par le bailleur de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 ;

3° L'allocation de logement hors charges constitue plus de la moitié du dernier loyer brut hors charges connu de l'organisme payeur. A l'issue du délai de six mois prévu au 2° du III de l'article L. 542-2, un deuxième renouvellement de six mois ne peut être accordé que si l'allocataire apporte la preuve qu'il n'était manifestement pas en mesure d'entreprendre les démarches prévues au 2° ou au 5° au cours du délai précédent ;

4° L'allocataire en situation d'impayé de loyers au sens de l'article D. 542-19 bénéficie du maintien de l'allocation de logement au titre de l'article L. 542-2-1 ;

5° Le locataire du logement apporte la preuve soit qu'il a accompli des actes positifs et récents en vue de trouver un nouveau logement ou a saisi la commission de médiation prévue à l'article L. 441-2-3 du code de la construction et de l'habitation, soit qu'il n'était manifestement pas en mesure de trouver un logement. A l'issue du délai de six mois prévu au 2° du III de l'article L. 542-2, un deuxième renouvellement de six mois ne peut être accordé que si l'allocataire apporte la preuve qu'il n'était manifestement pas en mesure de trouver un logement au cours du délai précédent.

Article D542-14-2

Les organismes mentionnés au II de l'article L. 542-2 sont habilités, au vu de leur expertise professionnelle, par convention conclue avec l'organisme payeur. L'organisme payeur ne peut habiliter un organisme de droit privé que si celui-ci est en règle au regard de ses obligations fiscales et sociales et s'il n'a pas fait l'objet de condamnation pénale définitive en rapport avec son activité depuis au moins cinq ans. L'habilitation ne porte que sur les logements pour lesquels l'organisme payeur verse une allocation de logement.

Article D542-14-3

Si l'allocataire fait simultanément l'objet de la procédure de conservation de l'allocation de logement prévue aux II à IV de l'article L. 542-2 et de la procédure prévue à l'article D. 542-2 ou à l'article D. 542-15 lorsque le logement est surpeuplé au regard de sa superficie, les dispositions suivantes sont applicables :

1° Si le logement n'est toujours pas décent à l'expiration de la procédure de conservation de l'allocation de logement, cette dernière est suspendue, même si la période de bénéfice dérogatoire de l'allocation de logement au titre de l'article D. 542-2 ou de l'article D. 542-15 n'est pas expirée ;

2° Si le logement est toujours surpeuplé au regard de sa superficie à l'expiration de la période de bénéfice dérogatoire de l'allocation de logement à ce titre, cette dernière est suspendue, même si la procédure de conservation de l'allocation de logement prévue aux II à IV de l'article L. 542-2 est toujours en cours.

Le bénéfice de l'allocation de logement au titre des articles D. 542-2 et D. 542-15 ne fait pas obstacle à sa conservation par l'organisme payeur telle que prévue aux II à IV de l'article L. 542-2 pour les sommes dues pendant la période de conservation.

Dans tous les cas, l'organisme payeur informe le bailleur de la suspension de l'allocation de logement.

Article D542-15

Lorsque la condition de superficie prévue au 2° de l'article D. 542-14 n'est pas remplie au moment de la demande, l'allocation de logement peut être accordée pour une durée de deux ans, à titre exceptionnel, par décision de la caisse d'allocations familiales ou de la caisse de mutualité sociale agricole concernée. Le conseil d'administration de l'organisme payeur et le préfet sont informés de la décision prise. En cas de refus de dérogation, le préfet doit également être tenu informé.

Le préfet désigne alors, dans le cadre du plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées, mentionné aux articles 2 et suivants de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement, un organisme privé ou public aux fins de proposer à l'allocataire une solution de relogement correspondant à ses besoins et à ses possibilités.

Cette dérogation peut être prorogée par décision du conseil d'administration de l'organisme payeur, par période de deux ans renouvelable, après enquête sociale et au vu d'une attestation motivée du préfet certifiant que l'allocataire ne peut être logé conformément aux conditions fixées au 2° de l'article D. 542-14.

Article D542-16

L'allocation de logement est attribuée sur la demande de l'intéressé introduite auprès de la caisse ou de l'organisme habilité à verser les prestations familiales. Le modèle type de la formule de demande est fixé par un arrêté concerté des ministres intéressés.

En aucun cas, lorsqu'il est fait application de la dérogation aux caractéristiques prévues à l'article D. 542-14, l'allocation de logement ne peut être versée entre les mains du bailleur.

Article D542-17

I. # Le modèle de la demande d'allocation logement ainsi que la liste des pièces justificatives, comprenant notamment une attestation de respect des conditions prévues au deuxième alinéa de l'article D. 542-14, sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du logement.

II. # En cas de non-présentation avant le 1er janvier d'un état des personnes vivant habituellement au foyer, y compris les enfants à charge qui viennent y habiter périodiquement ou qui sont momentanément absents pour des raisons tenant à leur état de santé ou à leur éducation ainsi que d'une déclaration sur l'honneur indiquant le total des ressources perçues au cours de l'année civile de référence par l'intéressé et par toutes les personnes vivant habituellement au foyer dans les conditions déterminées aux articles D. 542-9 à D. 542-11, le paiement des allocations de logement peut être suspendu.

En cas de non-présentation des justifications relatives au paiement du loyer ou des mensualités d'accession à la propriété avant le 1er décembre, ou lorsque l'organisme payeur constate la constitution d'un impayé au sens de l'article D. 542-19, cet organisme notifie simultanément :

1° A l'allocataire, son intention de procéder au versement des mensualités d'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur si celui-ci le demande ;

2° Au bailleur ou au prêteur, la possibilité qu'il aura de recevoir ce versement s'il en fait la demande.

A compter de ces notifications court un délai d'un mois. Durant ce délai :

a) L'allocataire peut présenter la justification prévue au a ci-dessus ou justifie par tous moyens avoir soldé sa dette ;

b) L'allocation continue à lui être versée.

A compter de l'expiration du délai, et si les justifications mentionnées à l'alinéa précédent n'ont pas été fournies, l'organisme payeur effectue le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, si celui-ci en a fait la demande. Dans ce cas, il est fait application des dispositions des articles D. 542-22-1 à D. 542-22-3 et D. 542-29.

III. # A défaut de demande de versement entre ses mains émanant du bailleur ou du prêteur, l'organisme payeur suspend le versement de l'allocation de logement et, compte tenu de la situation du bénéficiaire, décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur ou au prêteur aux fins de mettre en place dans un délai maximum de six mois un plan d'apurement de la dette ;

Sur présentation par le bailleur ou le prêteur dudit plan, signé par l'allocataire, l'organisme payeur reprend le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, s'il en fait la demande, ou à défaut de l'allocataire, sous réserve de reprise de paiement régulier du loyer ou des mensualités de la dette et de la bonne exécution du plan. Sont également versées, dans les mêmes conditions, les mensualités d'allocation de logement correspondant aux échéances impayées depuis la suspension du versement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur ou du prêteur, l'organisme payeur peut saisir directement le dispositif d'aide mentionné au b ci-dessus qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement et notamment le fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de lui faire connaître sa décision dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur ou prêteur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur reprend le versement de l'allocation de logement, qu'il verse entre les mains du bailleur ou du prêteur si celui-ci en a fait la demande ou à défaut entre les mains de l'allocataire, sous réserve de la reprise du paiement du loyer ou des mensualités et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide. Sont également versées dans les mêmes conditions les mensualités d'allocation de logement correspondant aux échéances impayées depuis la suspension du versement. En cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un nouvel impayé, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

Article D542-18

Les changements dans les conditions de peuplement des locaux doivent être déclarés dans le délai d'un mois.

Les déménagements doivent être déclarés à la caisse ou à l'organisme dans le délai de six mois à dater du jour du déménagement.

Article D542-19

I. # La période de non-paiement des loyers ou de non-remboursement de la dette contractée en vue d'accéder à la propriété, à la suite de laquelle l'allocation de logement peut être versée entre les mains du prêteur ou du bailleur sur leur demande, est déterminée ainsi qu'il suit :

1° Pour les termes ou échéances de prêt d'une périodicité inférieure à trois mois, soit lorsque deux termes de loyer et charges ou deux échéances de prêt sont totalement impayés, soit lorsque l'allocataire est débiteur à l'égard du bailleur ou du prêteur d'une somme au moins équivalente en montant ;

2° Pour les termes ou échéances de prêt d'une périodicité supérieure ou égale à trois mois, soit à défaut de paiement du loyer et des charges ou de l'échéance de prêt dans le mois suivant leurs dates d'exigibilité, soit lorsque l'allocataire est débiteur à l'égard du bailleur ou du prêteur d'une somme au moins équivalente en montant.

II. # Le bailleur ou le prêteur peut alors obtenir de l'organisme payeur le versement entre ses mains de l'allocation de logement au lieu et place de l'allocataire.

A réception de la demande de versement direct l'organisme payeur en informe l'allocataire et lui notifie son intention de verser au bailleur ou au prêteur les mensualités d'allocation de logement sauf si l'intéressé

justifie par tous moyens avoir acquitté sa dette de loyer ou de prêt avant l'expiration d'un délai d'un mois à compter de cette notification. Pendant ce délai l'allocation de logement continue à être versée à l'allocataire.

A l'expiration de ce délai l'organisme payeur effectue le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur ou du prêteur, dans les conditions prévues aux articles D. 542-22-1 à D. 542-22-3 et D. 542-29.

III. # Lorsque l'allocation est versée entre les mains du prêteur ou du bailleur, en application des 1° et 2° du quatrième alinéa de l'article L. 553-4 et des e et g du 1° du I de l'article 31 du code général des impôts l'impayé est constitué :

1° En secteur locatif, soit lorsque trois termes consécutifs de loyers et charges déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayés, soit lorsque le locataire est débiteur à l'égard du bailleur d'une somme au moins égale à deux fois le montant mensuel brut du loyer et des charges ;

2° Dans le secteur de l'accession à la propriété :

a) En cas de périodicité trimestrielle, lorsque deux échéances de prêt consécutives déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayées ou lorsque l'emprunteur est débiteur à l'égard de l'établissement habilité d'une somme au moins égale à une échéance de prêt brute ;

b) En cas de périodicité mensuelle, lorsque trois échéances de prêt consécutives déduction faite de l'allocation de logement sont totalement impayées ou lorsque l'emprunteur est débiteur à l'égard de l'établissement habilité d'une somme au moins égale à deux échéances de prêt brutes.

Les mensualités d'allocation de logement indûment perçues sont recouvrées, notamment dans les conditions prévues par l'article L. 553-2.

En cas de suspension du paiement du loyer ou des arrérages des dettes contractées en vue d'accéder à la propriété consécutive à une contestation relative à l'étendue des obligations du débiteur et donnant lieu à instance judiciaire, le versement de l'allocation est suspendu par l'organisme payeur jusqu'à ce que la décision de justice rendue soit devenue définitive, sauf lorsqu'une procédure de surendettement a été engagée devant la commission prévue à l'article L. 331-1 du code de la consommation.

Section 3 : Dispositions relatives aux locataires.

Article D542-20

L'allocation de logement est versée, pendant une période de douze mois débutant au 1er janvier de chaque année. Elle est calculée sur la base du loyer effectivement payé pour le mois de juillet de l'année précédente.

En cas de changement dans la composition de la famille ou lorsque celle-ci s'installe dans un nouveau logement au cours de la période de paiement, il doit être procédé à une révision des bases de calcul de l'allocation de logement.

Lorsque le droit à l'allocation de logement n'est pas ouvert pour toute la durée de la période de douze mois précitée, l'allocation de logement est calculée et versée proportionnellement au nombre de mois pendant lesquels le droit est ouvert.

Article D542-21

Pour l'application des articles D. 542-5 et D. 542-20, le loyer principal effectivement payé est pris en compte dans la limite d'un plafond mensuel auquel s'ajoute, au titre des charges, la majoration forfaitaire mensuelle prévue à l'article D. 542-5.

Les plafonds mensuels de loyer et la majoration forfaitaire représentative des charges varient en fonction de la taille de la famille. Les plafonds de loyers varient en outre en fonction du lieu d'implantation du logement compte tenu de zones géographiques définies par arrêté.

Les montants mensuels des plafonds de loyers et de la majoration forfaitaire représentative des charges sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du logement.

Pour les étudiants logés en résidence universitaire, l'allocation de logement est calculée selon les modalités définies à l'article D. 831-2-1.

Lorsque le logement occupé est une chambre, le loyer principal effectivement payé est pris en compte dans la limite d'un plafond mensuel auquel s'ajoute la majoration forfaitaire mensuelle au titre des charges, fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, du logement et de l'agriculture.

Article D542-22

Sous réserve des dispositions relatives au recouvrement des allocations logement indûment perçues, lorsque le locataire est en situation de non-paiement du loyer au sens du I de l'article D. 542-19, le bailleur peut obtenir de l'organisme payeur le versement entre ses mains de l'allocation de logement au lieu et place de l'allocataire.

A réception de la demande, l'organisme payeur en informe l'allocataire et lui notifie son intention de procéder au versement au bailleur des mensualités d'allocation de logement, sauf si l'intéressé justifie par tous moyens avoir soldé sa dette de loyer avant l'expiration d'un délai d'un mois à compter de cette notification. Pendant ce délai, l'allocation de logement continue à être versée à l'allocataire.

A compter de l'expiration du délai, l'organisme payeur effectue le versement de l'allocation de logement entre les mains du bailleur. Le versement est maintenu dans les conditions prévues aux articles D. 542-22-1 à D. 542-22-3 et D. 542-29.

Lorsque le demandeur appartient aux catégories énumérées aux articles D. 212-3 et suivants, cette faculté est exercée par le service liquidateur de l'allocation.

Article D542-22-1

En cas d'impayé de loyer au sens de l'article D. 542-19 (premier alinéa) et compte tenu de la situation du bénéficiaire, l'organisme payeur décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur aux fins de mettre en place, dans un délai maximum de six mois, un plan d'apurement de la dette ;

Sur présentation par le bailleur de ce plan, signé par l'allocataire, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement et la verse entre les mains du bailleur, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et de la bonne exécution du plan d'apurement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur, l'organisme payeur peut soit suspendre le droit à l'allocation de logement, soit saisir le dispositif d'aide mentionné au b, ci-dessous qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

Toutefois, en cas de retard dans la mise en place du plan d'apurement ou de difficultés dans l'exécution de celui-ci, et dès lors que le locataire s'acquitte du paiement du loyer, l'organisme payeur peut décider le maintien du versement de l'allocation de logement.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement et notamment le fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de lui faire connaître sa décision dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, qu'il verse entre les mains du bailleur, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide.

Si le dispositif d'aide n'a pas fait connaître sa décision dans le délai précité, et après mise en demeure, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement. Il en est de même en cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un impayé.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

Article D542-22-2

Au terme du plan d'apurement, le versement de l'allocation de logement à l'allocataire est repris si celui-ci est à jour vis-à-vis de son bailleur.

Article D542-22-3

Il appartient à l'organisme payeur de décider du délai durant lequel l'allocation de logement peut être versée au bailleur ou au prêteur en application de l'article D. 542-22 et du premier alinéa de l'article D. 542-29.

Article D542-22-4

Lorsque l'allocation de logement est versée au bailleur en application du II de l'article L. 553-4 et que l'allocataire ne règle pas la part de dépense de logement restant à sa charge, le bailleur doit, dans un délai de trois mois après la constitution de l'impayé au sens de l'article D. 542-19 (III), porter la situation de l'allocataire défaillant à la connaissance de l'organisme payeur.

Si le bailleur ne saisit pas l'organisme payeur dans le délai susmentionné, il doit rembourser à celui-ci l'allocation de logement versée depuis la défaillance de l'allocataire jusqu'à la saisine éventuelle de l'organisme payeur.

Le versement de l'allocation de logement est maintenu, sur décision de l'organisme payeur, pendant la durée fixée en application de l'article D. 542-22-3.

Pendant cette période, et compte tenu de la situation du bénéficiaire, l'organisme payeur décide :

a) Soit de renvoyer le dossier au bailleur aux fins de mettre en place dans un délai maximum de six mois un plan d'apurement de la dette.

Sur présentation par le bailleur dudit plan signé par l'allocataire, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et de la bonne exécution du plan d'apurement.

A défaut de réception du plan d'apurement dans le délai fixé et après mise en demeure du bailleur, l'organisme payeur peut soit suspendre le droit à l'allocation de logement, soit saisir le dispositif d'aide

mentionné au b ci-dessous, qui doit faire connaître sa décision dans un délai maximum de six mois. Il en est de même en cas de mauvaise exécution du plan d'apurement ou de constitution d'un nouvel impayé.

Toutefois, en cas de retard dans la mise en place du plan d'apurement ou de difficultés dans l'exécution de celui-ci, et dès lors que le locataire s'acquitte du paiement du loyer, l'organisme payeur peut décider le maintien du versement de l'allocation de logement.

b) Soit de saisir directement un fonds local d'aide au logement, et notamment le fonds de solidarité pour le logement prévu à l'article 6 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990, ou tout autre dispositif ou organisme à vocation analogue en lui demandant de faire connaître sa décision à l'organisme payeur dans un délai maximum de douze mois.

Le bailleur, informé de cette saisine par l'organisme payeur, doit faire part de ses propositions au dispositif d'aide susmentionné.

Au vu de la décision de celui-ci, l'organisme payeur maintient le service de l'allocation de logement, sous réserve de la reprise du paiement du loyer et du respect des conditions fixées par le dispositif d'aide.

Si le fonds ou l'organisme mentionné au b ci-dessus n'a pas fait connaître sa décision dans le délai précité, et après mise en demeure, l'organisme payeur suspend le droit à l'allocation de logement. Il en est de même en cas de non-respect des conditions fixées par le dispositif ou de constitution d'un nouvel impayé.

c) L'exécution régulière du plan d'apurement est vérifiée tous les douze mois par l'organisme payeur.

Article D542-22-5

I. # Lorsqu'une procédure de surendettement a été engagée devant la commission prévue à l'article L. 331-1 du code de la consommation, préalablement ou parallèlement à l'engagement des procédures prévues aux articles D. 542-22-1 et D. 542-22-4 du présent code, le versement de l'allocation est maintenu pendant le délai prévu pour l'orientation du dossier de surendettement.

II. # Lorsque l'allocation est rétablie dans les conditions prévues à l'article L. 542-7-1, son versement est effectué entre les mains du bailleur, sauf dans les cas relevant du second alinéa de l'article D. 542-16 et sauf refus du bailleur.

III. # Dans le cas où, avant la décision déclarant la recevabilité prévue au premier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation, l'allocation de logement était versée à l'allocataire, le refus ou l'acceptation du bailleur est transmis à l'organisme payeur mentionné à l'article L. 212-1 du présent code ou à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime dans un délai de quinze jours à compter de la notification de la possibilité de refus qui est adressée par l'organisme payeur au bailleur par tout moyen lui donnant date certaine.

Lorsqu'une échéance de versement de l'allocation de logement intervient pendant ce délai, l'allocation de logement est rétablie par versement à l'allocataire jusqu'à la transmission à l'organisme payeur de l'acceptation du bailleur.

Si le bailleur fait connaître à cet organisme son acceptation du versement entre ses mains de l'allocation, il joint à cette déclaration les renseignements relatifs au compte de dépôt de l'établissement de crédit ou au compte de paiement de l'établissement de paiement ou de l'établissement de monnaie électronique auprès duquel il demande que soient effectués les versements.

A défaut de transmission de la déclaration d'acceptation et des renseignements précités dans le délai de quinze jours, le bailleur est réputé refuser le versement de l'allocation de logement entre ses mains. Toutefois, si le bailleur fait connaître à l'organisme payeur son acceptation et lui communique les renseignements requis après l'expiration du délai précité, le versement est effectué entre ses mains à compter du mois suivant celui de la réception par l'organisme payeur de ces pièces.

IV. # Dans le cas où, avant la décision déclarant la recevabilité prévue au premier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation, l'allocation de logement était versée entre les mains du bailleur, le refus du bailleur est transmis à l'organisme payeur dans un délai de quinze jours à compter de la notification de cette décision au bailleur par la commission de surendettement. Le bailleur est préalablement informé par l'organisme payeur, au stade du versement initial de l'allocation entre ses mains intervenant en application du II de l'article L. 553-4 ou du II de l'article D. 542-17 du présent code, des conditions dans lesquelles il peut ainsi exprimer son refus à la suite de la déclaration de recevabilité.

A défaut de transmission à l'organisme payeur d'une déclaration de refus du bailleur dans le délai mentionné à l'alinéa précédent, le bailleur est réputé accepter le maintien du versement de l'allocation entre ses mains.

V. # Le versement de l'allocation est maintenu entre les mains du bailleur, sauf refus de ce dernier, dans les conditions prévues aux III et IV ci-dessus, jusqu'à la transmission par le bailleur à l'organisme payeur des notifications des plans, mesures ou jugements mettant fin à la procédure qui lui sont adressées par la commission de surendettement ou par le juge.

L'organisme payeur informe simultanément l'allocataire de chacune des étapes de la procédure qu'il engage auprès du bailleur et de ses conséquences.

VI. # A réception des plans, mesures ou jugements mettant fin à la procédure, l'organisme payeur maintient le versement de l'allocation sous réserve de la reprise du paiement du loyer et du respect des conditions prévues par la commission de surendettement, le plan conventionnel ou le juge. Parallèlement, il décide, le cas échéant, des modalités de versement du rappel de l'allocation correspondant à la période de suspension.

Article D542-22-6

Pour le rétablissement du versement de l'allocation de logement, la signature du protocole d'accord, conclu en application de l'article L. 442-6-5 et du 7^e alinéa de l'article L. 442-8-2 du code de la construction et de l'habitation, est subordonnée à l'approbation préalable du plan d'apurement par l'organisme payeur.

L'organisme payeur fixe les modalités du versement du rappel de l'aide pendant la période comprise entre l'interruption du versement par l'organisme payeur et la signature du protocole.

Ces modalités doivent tenir compte de la situation financière du bénéficiaire et du plan de résorption de la dette établi avec le bailleur. A ce titre, l'organisme payeur décide du versement du rappel d'aide :

- soit en une seule fois si le montant du rappel ou de la dette est peu élevé ;
- soit par versements semestriels échelonnés sur la durée du plan d'apurement et sous réserve de sa bonne exécution. Dans ce cas, le premier versement est effectué trois mois après la reprise du paiement par l'occupant des échéances prévues par le protocole.

En cas de non-respect par l'occupant des engagements contenus dans le protocole, le bailleur est tenu d'en informer l'organisme payeur qui suspend le versement du rappel.

L'organisme payeur maintient l'allocation de logement pendant une durée qui ne peut excéder six mois pour permettre la négociation d'un nouveau plan d'apurement entre le bailleur et l'occupant. Ce nouveau plan d'apurement fait l'objet d'un avenant au protocole, la durée totale de ce dernier ne pouvant être supérieure à cinq ans. Si l'organisme payeur ne reçoit pas le plan d'apurement dans le délai précité, ou s'il ne l'approuve pas, le versement de l'aide est suspendu.

Article D542-23

Dans les cas prévus à l'article L. 542-7, l'organisme payeur peut suspendre le versement des allocations de logement après avertissement motivé adressé au bénéficiaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Si, dans un délai qui ne peut être inférieur à trois mois, l'allocataire n'a pas procédé à la remise en état de son logement ou a persisté dans son refus de se soumettre au contrôle prévu par la loi, le versement des allocations est interrompu.

Section 4 : Dispositions relatives aux accédants à la propriété.

Article D542-24

L'allocation de logement est accordée au titre de la résidence principale :

1°) aux personnes propriétaires du logement pendant la période au cours de laquelle elles se libèrent de la dette contractée pour accéder à la propriété dudit logement et, le cas échéant, de celle contractée en même temps pour effectuer des travaux destinés à permettre l'ouverture du droit à l'allocation de logement ;

2° Aux personnes qui se libèrent d'une dette contractée en vue d'effectuer des travaux figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 321-15 du code de la construction et de l'habitation ;

3°) aux personnes qui ont souscrit un contrat de location-attribution ;

4°) aux personnes qui se libèrent d'une dette contractée en vue soit d'agrandir leur logement, soit d'aménager à usage de logement des locaux non destinés à l'habitation lorsque ces travaux répondent aux normes techniques imposées pour le bénéfice prêts conventionnés mentionnés à l'article R. 331-63 du code de la construction et de l'habitation.

Article D542-25

Sont seuls pris en considération par les organismes payeurs pour le calcul de l'allocation de logement sous déduction des primes ou bonifications :

1°) les charges d'intérêts et d'amortissements et les charges accessoires au principal de la dette, afférentes aux emprunts contractés en vue de l'accession à la propriété d'un logement et qui ont fait, pour chacun d'entre eux, l'objet d'un certificat daté, notifié au demandeur par les organismes prêteurs précisant les modalités et la périodicité des paiements et présenté à l'appui de la demande d'allocation de logement ;

2°) Les charges d'intérêts et d'amortissements et les charges accessoires afférentes aux emprunts substitués à ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus, dans la limite des sommes restant dues en capital sur le montant du premier prêt ;

3°) les charges afférentes au paiement de tout ou partie du prix d'achat ou ayant pour objet de financer les dépenses jugées indispensables à la délivrance du certificat de conformité dans les conditions prévues au 1° ci-dessus ;

4°) le versement des primes de l'assurance-vie contractée par le bénéficiaire en garantie de l'exécution des engagements souscrits.

Article D542-26

Ne sont notamment pas pris en considération par les organismes payeurs de l'allocation de logement :

1°) les remboursements effectués par le bénéficiaire en anticipation des obligations résultant des contrats de prêts qu'il a souscrits ;

2°) abrogé

3°) les prêts constituant une obligation au porteur.

Toutefois, peuvent être pris en considération les prêts au logement consentis par les banques ou les établissements financiers et en représentation desquels des billets à ordre ont été créés en vue d'une mobilisation éventuelle de la créance, dès lors que, dans le contrat de prêt lui-même, le créancier et le débiteur sont expressément désignés et que les paiements sont effectifs.

Article D542-27

Les sommes prises en compte mensuellement pour le calcul de l'allocation de logement ne peuvent dépasser un plafond mensuel fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement qui répond aux conditions définies au deuxième alinéa de l'article D. 542-21 et applicable pour la période au cours de laquelle le certificat prévu à l'article D. 542-25 a été établi.

Le plafond ainsi retenu ne pourra, en aucun cas, être inférieur à celui applicable au moment de l'entrée dans les lieux sous la réserve qu'il s'agisse d'un local habité pour la première fois par le bénéficiaire.

Lesdites sommes sont augmentées, au titre des charges, d'une majoration forfaitaire mensuelle variable avec la taille de la famille et dont le montant est fixé par l'arrêté prévu à l'article D. 542-21.

Lorsque plusieurs personnes ou ménages constituant des foyers distincts occupent le même logement et qu'ils sont copropriétaires du logement et cotitulaires du prêt, pour le calcul de l'allocation de logement :

- l'élément L représente le quotient de la somme prise en compte au titre des charges mentionnées à l'article D. 542-25 par le nombre de copropriétaires, cotitulaires du prêt ouvrant droit à l'allocation de logement, le résultat étant pris en compte dans la limite de la mensualité plafond mentionnée au premier alinéa du présent article qui correspond à la situation familiale de chacun des intéressés ;

- il est fait application à chaque personne ou ménage concerné du coefficient N et de l'élément C prévu au II de l'article D. 542-5 correspondant à sa situation familiale.

Article D542-28

L'allocation de logement est versée mensuellement pendant une période de douze mois débutant au 1er janvier de chaque année. Elle est calculée sur la base de la mensualité acquittée au titre des charges mentionnées à l'article D. 542-25.

Le bénéficiaire doit, à la demande de l'organisme payeur, justifier des sommes susceptibles d'être prises en considération et qu'il a effectivement versées.

Lorsque le droit à l'allocation n'est pas ouvert pour toute la période de douze mois précitée, l'allocation de logement est calculée et versée proportionnellement au nombre de mois pendant lesquels le droit est ouvert.

En cas de changement dans la composition de la famille ou encore lorsque la famille s'installe dans un nouveau local au cours de la période de paiement, il doit être procédé, sur demande des intéressés, à une révision des bases de calcul de l'allocation.

Article D542-29

Sous réserve des dispositions relatives au recouvrement des allocations logement indûment perçues, lorsque l'accédant à la propriété est en situation de non-paiement des sommes définies à l'article D. 542-25, au sens du I de l'article D. 542-19, le prêteur peut obtenir de l'organisme payeur le versement entre ses mains de l'allocation de logement au lieu et place de l'allocataire dans les conditions fixées par les articles D. 542-22, D. 542-22-1, D. 542-22-2 et D. 542-22-3.

Lorsque l'allocation de logement est versée au prêteur en application du II de l'article L. 553-4 et que l'allocataire ne règle pas la part de dépense de logement restant à sa charge, il est fait application des dispositions de l'article D. 542-22-4.

Article D542-29-1

Le I et le VI de l'article D. 542-22-5 sont applicables aux accédants à la propriété. L'échéance d'emprunt est assimilée au loyer.

Section 5 : Dispositions relatives à certaines catégories d'allocataires.

Article D542-30

En cas de logement en hôtel, pension de famille ou établissement similaire ou lorsque le bénéficiaire occupe un logement loué en meublé, le prix du loyer est remplacé par les deux tiers du prix effectivement payé dans la limite du loyer-plafond.

Dans le cas d'un local à usage mixte d'habitation et professionnel, il n'est pas tenu compte des majorations de loyers résultant de l'affectation d'une partie des lieux à l'exercice d'une profession.

Lorsque le logement est compris dans les locaux relevant du statut du fermage, lorsque le logement est à usage mixte d'habitation et commercial ou lorsqu'il est loué à titre d'accessoire du contrat de travail, l'évaluation du loyer est faite en tant que de besoin par référence à celui de logements similaires dans la même commune ou dans des communes avoisinantes. Toutefois, le loyer pris en considération ne peut excéder celui qui résulterait des dispositions des articles 27 et 30 de la loi du 1er septembre 1948 si le logement a été construit antérieurement au 1er septembre 1948 et n'est pas situé dans une commune où, en application de l'article 3 bis de ladite loi, les prix des locations nouvelles sont libres.

Jusqu'à la date de transformation de leur contrat dans les conditions prévues par le code de la construction et de l'habitation, les allocations de logement servies aux associés locataires coopérateurs d'une société anonyme coopérative d'HLM de location coopérative sont calculées compte tenu du loyer effectivement payé et, le cas échéant, des annuités de remboursement des emprunts contractés pour participer au financement de la construction dans la limite d'un plafond fixé par l'arrêté prévu à l'article D. 542-21.

Section 6 : Primes de déménagement.

Article D542-31

La prime de déménagement est attribuée aux personnes ou ménages ayant à charge au moins trois enfants nés ou à naître et qui s'installent dans un nouveau logement dans les conditions suivantes :

Sous réserve des dispositions des articles D. 542-32 et D. 542-33, le droit est ouvert si l'emménagement a lieu au cours d'une période comprise entre le premier jour du mois civil suivant le troisième mois de grossesse au titre d'un enfant de rang trois ou plus et le dernier jour du mois précédant celui au cours duquel le même enfant atteint son deuxième anniversaire.

Article D542-32

La prime de déménagement n'est due que si le droit aux allocations de logement est ouvert au titre du nouveau local, dans un délai maximum de six mois, à compter de la date du déménagement. Elle est due dans ce cas même si, en application des dispositions de l'article D. 542-7, il n'est pas procédé au versement de ladite allocation.

La demande doit être formée auprès de la caisse ou de l'organisme payeur six mois au plus tard après la date de déménagement. Le modèle type de la demande et les pièces justificatives à fournir sont déterminés par arrêté.

Article D542-33

Est interdit le cumul des primes de déménagement prévues par l'article D. 542-31 et de toutes allocations, quelle qu'en soit l'origine, destinées à couvrir les frais de déménagement. Toutefois, lorsque le montant de ces dernières est inférieur au montant des primes de déménagement ci-dessus mentionnées, la différence est versée par la caisse ou l'organisme payeur.

Article D542-34

Le montant des primes de déménagement est fixé dans la double limite des dépenses justifiées réellement engagées par le bénéficiaire et d'un plafond s'exprimant en pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Ce pourcentage est égal à 240 p. 100 pour les familles de trois enfants nés ou à naître, avec majoration de 20 p. 100 par enfant né ou à naître au-delà du troisième.

Section 7 : Prêts à l'amélioration de l'habitat.

Article D542-35

Les prêts prévus au 1° de l'article L. 542-9 sont accordés par les caisses, organismes, collectivités et administrations chargés du paiement des prestations familiales, en application de l'article L. 212-1 du présent code et de l'article 1090 du code rural. Ces prêts ne peuvent être attribués qu'aux allocataires ayant la qualité de propriétaires, de locataires ou occupants de bonne foi des locaux qu'ils habitent. Ils doivent être destinés à permettre l'exécution de travaux d'aménagement ou de réparations comportant une amélioration des conditions de logement.

Les prêts prévus au 2° de l'article L. 542-9 peuvent être accordés aux assistants maternels, qu'ils soient ou non allocataires, ayant la qualité de propriétaires, de locataires ou d'occupants de bonne foi des locaux qui constituent le lieu d'accueil de l'enfant. Ils doivent être destinés à permettre l'exécution de travaux visant à améliorer le lieu d'accueil, la santé ou la sécurité des enfants gardés par l'assistant maternel. Lorsque ce dernier exerce à son domicile, le prêt peut également viser à faciliter l'obtention, le renouvellement ou l'extension de l'agrément mentionné à l'article D. 421-4 du code de l'action sociale et des familles. Les dépenses des travaux de mise aux normes mentionnés à l'article L. 123-1 du code de la construction et de l'habitation d'une maison d'assistant maternel ne sont pas éligibles aux prêts prévus au 2° de l'article L. 542-9.

Article D542-36

Les prêts peuvent atteindre 80 % des dépenses effectuées par l'entrepreneur, ou l'assistant maternel, dans la limite d'un maximum de 1 067,14 euros. Les prêts prévus au 2° de l'article L. 542-9 peuvent atteindre 80 % des dépenses effectuées par l'assistant maternel, dans la limite d'un maximum de 10 000 euros.

Article D542-37

Les prêts sont remboursables par fractions égales, en trente-six mensualités au maximum, exigibles à compter du sixième mois qui en suit l'attribution.

Chaque mensualité est majorée d'un intérêt calculé à raison de 1 p. 100 de son montant.

Par dérogation aux alinéas ci-dessus, les prêts accordés aux assistants maternels sont remboursables par fractions égales, en cent vingt mensualités au maximum, exigibles à compter du sixième mois qui en suit l'attribution. Aucune majoration d'intérêt ne peut être réclamée sur ces mensualités.

Article D542-38

Lorsqu'une famille ou un assistant maternel bénéficiaire d'un prêt quitte volontairement son logement avant l'extinction de sa dette pour s'installer dans un local dont les conditions d'habitation et de peuplement sont inférieures, les sommes restant dues deviennent exigibles.

Lorsqu'un assistant maternel renonce à exercer son activité, perd ou n'obtient pas son agrément avant l'extinction de sa dette, les sommes restant dues deviennent exigibles, sauf s'il poursuit son activité en vertu d'un autre agrément.

Article D542-39

Les sommes que les caisses, organismes, collectivités et administrations sont autorisés à affecter pour chaque période de douze mois commençant le 1er janvier au service des prêts destinés à l'amélioration de l'habitat et à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant ne devront pas excéder 0,50 % du montant total des prestations familiales ayant donné lieu à paiement au cours de la période de douze mois précédant le 30 décembre de l'année antérieure et mentionnées à l'article L. 511-1 du présent code et à l'article L. 732-1 du code rural et de la pêche maritime.

Le montant des remboursements de prêts majorés de l'intérêt de 1 %, perçus par les caisses, organismes, collectivités et administrations ne peut, en aucun cas, entraîner un dépassement du pourcentage de 0,50 % mentionné à l'alinéa précédent.

Article D542-40

Pour chaque régime de prestations familiales, un arrêté, pris conjointement par les ministres intéressés et le ministre chargé du budget, détermine les modalités d'application de la présente section.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 3 : Allocation de rentrée scolaire.

Article D543-1

Le taux servant au calcul de l'allocation de rentrée scolaire, applicable au 1er août de l'année considérée, est fixé pour chaque enfant ainsi qu'il suit, en pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales prévue à l'article L. 551-1 :

1° 89,72 % lorsque l'enfant, au 31 décembre de l'année civile de la rentrée scolaire considérée, n'a pas encore atteint l'âge de onze ans ;

2° 94,67 % lorsque l'enfant, au 31 décembre de l'année civile de la rentrée scolaire considérée, a atteint l'âge de onze ans mais n'a pas atteint l'âge de quinze ans ;

3° 97,95 % lorsque l'enfant, au 31 décembre de l'année civile de la rentrée scolaire considérée, a déjà atteint l'âge de quinze ans.

Article D543-2

Lorsque le total des montants d'allocation de rentrée scolaire dû à la personne ou au ménage est inférieur à 15 Euros, celui-ci n'est pas versé.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 4 : Prestations à affectation spéciale

Chapitre 4 : Allocation journalière de présence parentale

Article D544-1

L'allocation journalière de présence parentale est versée dans la limite d'une durée maximale de trois ans pour un même enfant et par maladie, accident ou handicap et du nombre maximum d'allocations journalières mentionné à l'article L. 544-3.

Article D544-2

Lorsque la durée prévisible de traitement de l'enfant, fixée par le médecin qui le suit, est supérieure à six mois, elle fait l'objet, à l'issue de cette période de six mois, d'un réexamen. Le médecin peut alors fixer une nouvelle durée prévisible, réexaminée dans les mêmes conditions. Le droit à la prestation est alors renouvelé dans la limite de la durée maximale mentionnée à l'article D. 544-1.

Article D544-3

Au cours d'une période de trois ans à compter de la date d'ouverture du droit à l'allocation journalière de présence parentale, en cas de rechute de la pathologie au titre de laquelle le droit avait été ouvert et dès lors que les conditions visées aux articles L. 544-1 et L. 544-2 sont réunies, ce droit peut être ouvert à nouveau. Le décompte de la durée de la période de droit et du nombre maximum d'allocations journalières qui pourront être versées au cours de celle-ci s'effectue à partir de la date initiale d'ouverture du droit.

Article D544-4

Le nombre d'allocations journalières versées pour un même enfant au titre d'un mois civil à l'un ou aux deux membres du couple ne peut être supérieur à 22.

Article D544-5

En cas de nouvelle pathologie de l'enfant, un nouveau droit est ouvert dans les conditions prévues à l'article D. 544-1.

Article D544-6

Le montant de l'allocation journalière de présence parentale est fixée à 10,63 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Lorsque la charge de l'enfant au titre duquel le droit a été ouvert est assumée par une personne seule, le montant visé au premier alinéa est fixé à 12,63 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales.

Article D544-7

Lorsque la maladie, le handicap ou l'accident de l'enfant occasionnent directement des dépenses mensuelles supérieures ou égales à un montant fixé à 27,19 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales, un complément forfaitaire mensuel pour frais du même montant est attribué.

Pour l'attribution du complément pour frais, le montant des ressources du ménage ou de la personne assumant la charge du ou des enfants, apprécié dans les conditions prévues à l'article R. 532-1, ne doit pas dépasser le plafond annuel fixé en application de l'article R. 522-2.

Article D544-8

Le nombre d'allocations journalières de présence parentale versées mensuellement aux personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 544-8 est égal à 22.

Toutefois, les travailleurs à la recherche d'un emploi qui exercent une activité occasionnelle rémunérée et qui bénéficient d'un congé de présence parentale dans les conditions prévues à l'article L. 122-28-9 du code du travail perçoivent l'allocation journalière de présence parentale dans les conditions définies à l'article L. 544-1.

Article D544-9

Chaque mois au plus, les bénéficiaires adressent à l'organisme débiteur des prestations familiales :

1° Pour les personnes bénéficiaires d'un congé de présence parentale dans les conditions prévues à l'article L. 122-28-9 du code du travail, une attestation visée par l'employeur indiquant le nombre de jours de congés de présence parentale pris au cours de la période considérée ;

2° Pour les travailleurs en formation professionnelle rémunérée, une attestation du formateur indiquant que la formation professionnelle rémunérée a été interrompue ainsi qu'une déclaration sur l'honneur attestant que cette interruption est motivée par la nécessité de soins contraignants et d'une présence soutenue auprès de l'enfant malade ;

3° Pour les personnes à la recherche d'un emploi, une déclaration sur l'honneur de cessation de recherche active d'emploi et attestant que cette cessation de la recherche d'emploi est motivée par la nécessité de soins contraignants et d'une présence soutenue auprès de l'enfant malade ;

4° Pour les personnes visées aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural et de la pêche maritime, ou aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, une déclaration sur l'honneur indiquant le nombre de jours d'interruption d'activité au cours de la période considérée et attestant que l'interruption de l'activité est motivée par la nécessité de soins contraignants et d'une présence soutenue auprès de l'enfant malade ;

5° Pour les personnes bénéficiaires d'un congé de présence parentale dans les conditions prévues par les dispositions applicables aux agents publics, une attestation visée par l'employeur indiquant le nombre de jours de congé de présence parentale pris au cours de la période considérée.

Article D544-10

Chaque mois au plus, l'allocataire adresse à l'organisme débiteur des prestations familiales une déclaration sur l'honneur précisant pour chaque mois considéré le montant des dépenses directement liées à la maladie, l'accident ou le handicap, engagées au titre du complément pour frais mentionné à l'article L. 544-7. L'allocataire doit être en mesure de produire, à la demande de l'organisme débiteur des prestations familiales, tous les éléments nécessaires à la justification de ces dépenses.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 2 : Service des prestations.

Article D552-6

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 552-4 est le directeur académique des services de l'éducation nationale agissant sur délégation du recteur, ou son délégué.

L'arrêté mentionné au troisième alinéa de l'article L. 552-4 est pris par le ministre chargé de l'éducation nationale, le ministre chargé de l'agriculture, le ministre chargé du budget et le ministre chargé de la sécurité sociale.

L'arrêté mentionné à l'article L. 552-5 est pris par le ministre chargé de l'éducation nationale et le ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 3 : Dispositions diverses.

Article D553-1

Pour la mise en oeuvre du troisième alinéa de l'article L. 553-2, les retenues mensuelles sont effectuées comme suit :

I. # Il est tenu compte :

a) De l'ensemble des catégories de ressources de l'allocataire, de son conjoint ou concubin mentionnées à l'article R. 532-3 et prises en compte :

durant le trimestre de référence, dans le cas d'une prestation calculée trimestriellement et tant qu'un droit à une telle prestation est ouvert ;

durant l'année civile de référence retenue pour la période de paiement au cours de laquelle est effectué le recouvrement de l'indu, dans les autres cas.

Ces revenus s'entendent avant tout abattement fiscal et déduction hormis la déduction des créances alimentaires mentionnées au a de l'article R. 532-3.

Il est fait application des dispositions des articles R. 532-4 à R. 532-8 à l'exception de la référence qui est faite dans ces articles à l'article R. 532-3 et sous réserve de l'application de l'alinéa précédent. Pour les ressources trimestrielles, il est également fait application des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 262-7, de l'article R. 262-13, du second alinéa de l'article D. 262-16 et des articles R. 262-18, R. 262-19, R. 262-21 à R. 262-24 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des dispositions de l'article R. 821-4-1 du présent code.

Les revenus ainsi déterminés sont divisés, selon le cas, par trois ou par douze ;

b) Des prestations servies par les organismes débiteurs de prestations familiales, à l'exception de l'allocation de rentrée scolaire, des compléments et de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé liés aux périodes de retour au foyer, lorsqu'ils ne sont pas payés mensuellement, de la prime à la naissance ou à l'adoption et du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant ; sont également exclus les versements d'allocation aux adultes handicapés et de son complément ainsi que ceux du revenu de solidarité active, lorsqu'ils sont liés aux périodes congés ou de suspension de prise en charge mentionnées respectivement à l'article R. 821-8 et à l'article L. 262-19 du code de l'action sociale et des familles.

Les prestations mentionnées au b ci-dessus sont constituées des prestations dues au titre de la première mensualité sur laquelle porte la récupération ;

c) Des charges de logement acquittées mensuellement au titre de la résidence principale et composées soit du montant du loyer principal, soit du montant de la mensualité de remboursement d'emprunt, attestées par la pièce justificative fournie.

Lorsque les informations relatives aux charges de logement ainsi définies ne sont pas en possession de l'organisme débiteur de prestations familiales, celles-ci sont réputées être égales à 25 % du montant des revenus et des prestations mentionnées aux a et b du I. Dans ce cas, l'organisme débiteur de prestations familiales en informe l'allocataire. Le recouvrement est poursuivi sur ces bases, à défaut de réception de la justification du montant des charges de logement telles que définies à l'alinéa précédent.

II. # Le revenu mensuel (R) pris en considération pour le calcul des retenues mensuelles à effectuer correspond au montant des revenus mentionnés au a du I, majoré des prestations mentionnées au b, diminué des charges de logement mentionnées au c du même I.

R

Ce revenu est pondéré selon la formule :

N

dans laquelle N représente la composition de la famille appréciée comme suit :

personne seule : 1,5 part ;

ménage : 2 parts ;

par enfant à charge : 0,5 part.

III. # Le montant mensuel du prélèvement effectué sur les prestations à échoir est calculé sur le revenu mensuel pondéré résultant du II, dans les conditions suivantes :

25 % sur la tranche de revenus comprise entre 231 euros et 345 euros ;

35 % sur la tranche de revenus comprise entre 346 euros et 516 euros ;

45 % sur la tranche de revenus comprise entre 517 euros et 690 euros ;

60 % sur la tranche de revenus supérieure à 691 euros.

Il est opéré une retenue forfaitaire de 45 euros sur la tranche de revenus inférieure à 231 euros.

Lorsque les informations relatives aux revenus de l'allocataire et de son conjoint ou concubin ne sont pas en possession de l'organisme débiteur de prestations familiales, le revenu mensuel pondéré est réputé être égal à 1 096 euros. Lorsqu'un droit à une prestation calculée sur des ressources trimestrielles est ouvert et que les informations relatives à ces ressources ne sont pas en possession de l'organisme débiteur des prestations familiales, le revenu mensuel pondéré est calculé pendant quatre mois en fonction des dernières ressources trimestrielles connues, puis est réputé égal à 1 096 euros. Dans ces deux cas, l'organisme débiteur de prestations familiales en informe l'allocataire. Le recouvrement est poursuivi sur ces bases à défaut de réception de la déclaration du montant de ces revenus.

Les tranches de revenus sur lesquelles sont effectuées les retenues et la retenue forfaitaire ainsi que le revenu estimé mentionné à l'article précédent sont revalorisés au 1er janvier de chaque année conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence, par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture.

Article D553-2

Lors du renouvellement au 1er janvier des droits aux prestations, à chaque modification de situation familiale ou professionnelle ayant une incidence sur les ressources mentionnées au a du I de l'article D. 553-1 et à chaque modification des droits aux prestations ou de leur montant, il est procédé à un nouveau calcul de la mensualité de remboursement de l'indu dans les conditions déterminées aux articles D. 553-1 et D. 553-4. Lorsque le montant ainsi déterminé est supérieur ou inférieur d'au moins 20 % au précédent, le recouvrement de l'indu est poursuivi sur ces nouvelles bases.

Article D553-3

Pour la mise en oeuvre de la saisie des prestations prévue au deuxième alinéa de l'article L. 553-4, les prélèvements mensuels d'exécution de la saisie sont déterminés selon les dispositions des articles D. 553-1 et D. 553-2.

Article D553-4

Lorsque l'indu a été constitué au titre d'une prestation qui a cessé ou dont le montant est insuffisant pour permettre la déduction de la retenue mensuelle, celle-ci est déduite des autres prestations servies au débiteur en application des articles L. 511-1, L. 821-5-1, L. 835-1 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation. Dans ce cas, la retenue mensuelle, calculée conformément aux dispositions de l'article D. 553-1, peut être opérée prioritairement sur les prestations à échoir versées directement au débiteur.

Lorsque l'indu a été constitué au titre d'une prestation versée en tiers payant et toujours à échoir, la retenue mensuelle peut être opérée prioritairement sur les éventuelles prestations à échoir versées directement à l'allocataire, en application des deuxièmes alinéas des articles L. 553-2 et L. 821-5-1 du code de la sécurité sociale, du quatrième alinéa de l'article L. 835-3 du même code, du cinquième alinéa des articles L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et de L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

En cas d'indus multiples, une seule retenue mensuelle est opérée sur les prestations à échoir. Cette retenue contribue au remboursement du montant de chaque indu, par ordre d'ancienneté, jusqu'à l'extinction de chacune des créances. En cas d'indus constatés à la même date, l'indu dont le montant est le plus faible est recouvré en priorité.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 5 : Dispositions communes

Chapitre 4 : Pénalités

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 8 : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires - Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 1 : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 8 : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires - Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 3 : Dispositions diverses.

Article D583-1

Tout imprimé de demande de prestations familiales fait mention de la possibilité pour les organismes débiteurs de prestations familiales d'effectuer les vérifications et contrôles prévus par l'article L. 583-3 sur l'exactitude des déclarations faites aux organismes débiteurs de prestations familiales par les allocataires pour l'attribution desdites prestations.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 8 : Dispositions relatives au recouvrement des créances alimentaires - Dispositions diverses - Dispositions d'application

Chapitre 4 : Dispositions d'application

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 1 : Organisation administrative

Section 1 : Dispositions générales

Section 2 : Caisse nationale

Sous-section 1 : Les missions

Sous-section 2 : Le conseil d'administration

Sous-section 3 : Le directeur général

Sous-section 4 : L'agent comptable

Sous-section 5 : La convention d'objectifs et de gestion

Section 3 : Caisses de base

Sous-section 1 : Les missions

Sous-section 2 : Circonscriptions des caisses de base

Sous-section 3 : Composition et rôle du conseil d'administration

Sous-section 4 : Fonctionnement

Sous-section 5 : Elections

Sous-section 6 : Directeur, agent comptable et autres agents de direction

Article D611-2

En cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du directeur, ses fonctions sont exercées par le directeur adjoint.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur et du directeur adjoint, ou à défaut de directeur adjoint, les fonctions de directeur sont exercées par un agent de l'organisme désigné préalablement à cet effet par le directeur.

En cas de vacance de poste, dans le cas où un directeur titulaire n'a pu être nommé, le conseil d'administration procède à la nomination d'un directeur intérimaire pendant six mois renouvelable.

Sous-section 7 : Dispositions communes aux caisses de base

Section 4 : Contrôle

Sous-section 1 : Les agents de contrôle

Sous-section 2 : Les praticiens-conseils et le personnel du contrôle médical

Section 5 : Dispositions communes à la caisse nationale et aux caisses de base

Article D611-3

En cas d'empêchement, un membre du conseil d'administration ne peut donner délégation à un autre membre lorsqu'il est procédé à une élection au sein du conseil.

Article D611-4

En cas d'empêchement du président du conseil d'administration, l'intérim est assuré par l'un des deux vice-présidents désigné au préalable par le président.

Section 6 : Organisation financière et comptable

Article D611-5

Les opérations financières et comptables de la caisse nationale et des caisses de base du régime social des indépendants concernent les recettes, les dépenses, la trésorerie et le patrimoine. Elles sont assurées, sous le contrôle du conseil d'administration, par un directeur et un agent comptable.

Article D611-6

Les dispositions de la présente section sont applicables à la caisse nationale et aux caisses de base du régime social des indépendants.

Sous-section 1 : Le régime financier

Article D611-7

L'agent comptable doit procéder périodiquement au rapprochement de ses écritures et de celles des établissements bancaires teneurs de ces comptes. Les réajustements et rectifications sont effectués sous le contrôle du conseil d'administration.

Article D611-8

L'agent comptable qui fait ouvrir un compte bancaire auprès d'un établissement non agréé commet une faute professionnelle passible de sanction disciplinaire.

Article D611-9

Les opérations de trésorerie sont effectués par les agents comptables des caisses de base du régime social des indépendants soit spontanément, soit à la demande du directeur de l'organisme, de la Caisse nationale du régime social des indépendants ou des autorités de tutelle selon les modalités prévues par les textes relatifs à l'organisation financière et comptable de ce régime.

Article D611-10

Selon les principes définis aux articles R. 611-76 et R. 611-77 et dans les conditions fixées ci-après, la Caisse nationale du régime social des indépendants :

1° Organise les circuits d'encaissement des cotisations, contributions, majorations et pénalités recouvrées par les organismes conventionnés et les caisses de base et centralise quotidiennement les produits correspondants ;

2° Gère les transferts du compte ouvert en application du premier alinéa de l'article D. 225-2 dans les conditions fixées par cet article ;

3° Répartit les encaissements reçus entre le régime de base et les régimes complémentaires, vire le montant des encaissements relatif au régime de base des différentes branches sur le compte financier unique de la Caisse nationale du régime social des indépendants et ceux relatifs aux régimes complémentaires sur les comptes financiers concernés ;

4° Assure la trésorerie des caisses de base et des organismes conventionnés selon les modalités définies à l'article D. 611-9 ;

5° Procède au règlement des créances et des dettes vis-à-vis des autres régimes ;

6° Effectue, pour les régimes de base, le placement des excédents résultant de la gestion centralisée de la trésorerie et le placement des excédents de trésorerie concernant chacun des régimes complémentaires ;

7° Détermine le montant des recettes et des dépenses correspondant à chacune des branches et régimes mentionnés à l'article L. 611-2 ;

8° Détermine les besoins de financement prévisionnels des régimes de base et établit en lien avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les échéanciers mentionnés à l'article D. 134-50.

Article D611-11

Afin de couvrir les dépenses des branches et des régimes mentionnés à l'article L. 611-2 ainsi que les dépenses de fonctionnement des caisses de base, la caisse nationale alimente les comptes bancaires de ces dernières. L'alimentation des comptes financiers des caisses de base est effectuée dans la limite des plans de financement établis par chaque organisme payeur et approuvé par la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Le plan de financement est déterminé par le calendrier des sommes dues par les organismes payeurs.

La forme, le contenu et la périodicité du plan de financement adressé par les caisses de base à la Caisse nationale du régime social des indépendants sont déterminés par cette dernière.

Article D611-12

Pour l'exercice de sa mission, la caisse nationale donne les instructions nécessaires aux caisses de base. Elle peut effectuer à cet effet des contrôles sur pièces et sur place.

Article D611-13

Les placements de la caisse nationale sont effectués dans le respect des règles prévues aux articles R. 623-3 et R. 623-10-4.

Article D611-14

Les charges et produits financiers résultant de la gestion centralisée de la trésorerie des branches par la Caisse nationale du régime social des indépendants sont répartis entre lesdites branches. Cette répartition est effectuée au prorata des excédents ou besoins de trésorerie respectifs de celles-ci. A cette fin, la caisse nationale détermine les soldes quotidiens de trésorerie de chacune des branches. Les soldes de trésorerie quotidiens créditeurs ou débiteurs des branches sont valorisés au taux moyen pondéré effectif résultant de la rémunération des dépôts et des placements pour le jour concerné.

Sous-section 2 : Les règles comptables

Article D611-15

L'organisation de la comptabilité de la caisse nationale et des caisses de base doit permettre :

- 1° De suivre la réalisation des ressources, l'acquittement des dépenses, l'emploi des excédents, la couverture des déficits ;
- 2° De suivre les opérations d'exploitation, les opérations de trésorerie et les opérations en capital ;
- 3° De déterminer les résultats ainsi que la situation active et passive de la caisse ;
- 4° De suivre les éléments qui relèvent de la comptabilité matière ;
- 5° D'établir les statistiques financières dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur ;

6° De dégager éventuellement les résultats analytiques d'exploitation ;

7° De faire apparaître distinctement au travers d'une comptabilité aménagée les opérations relatives à chacune des sections définies à l'article R. 611-70.

Article D611-16

Sont applicables aux caisses du régime social des indépendants les articles D. 253-4 à D. 253-6, D. 253-10, le deuxième alinéa de l'article D. 253-15 à l'exception du membre de phrase commençant par " auprès " et se terminant par " D. 253-1 ", les articles D. 253-20, D. 253-21, D. 253-27, D. 253-34, D. 253-42 à D. 253-45, D. 253-54, D. 253-56, D. 253-61 à D. 253-63 et D. 253-68.

Article D611-18

Après avoir été installé, l'agent comptable doit, sous sa responsabilité, se faire suppléer, pour tout ou partie de ses attributions, par un ou plusieurs fondés de pouvoir, munis d'une procuration régulière. Ces procurations doivent être transmises pour information au directeur.

L'agent comptable peut également charger des agents de l'organisme de l'exécution de certaines opérations, et notamment des vérifications.

Les délégations données aux agents de l'organisme doivent préciser, pour chaque délégué, la nature des opérations qu'il peut effectuer et leur montant maximum.

Les fondés de pouvoir sont astreints à la constitution d'un cautionnement à leur charge exclusive et dont le montant est fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D611-19

Le directeur constate l'ensemble des droits et obligations de l'organisme et procède à l'établissement des ordres de recettes et de dépenses, sous réserve, d'une part, pour certaines opérations dont l'importance dépasse une limite fixée par le conseil d'administration, de l'apposition d'un contreseing du président ou d'un administrateur ayant reçu délégation à cet effet et, d'autre part, des délégations qu'il peut consentir.

Le directeur est chargé du recouvrement des cotisations, en principal et accessoire.

Le directeur est seul chargé de la liquidation et du recouvrement contentieux des créances autres que les cotisations. Sauf en matière de cotisation, l'agent comptable est chargé du recouvrement amiable des créances.

Les ordres de recettes et de dépenses, individuels ou collectifs, établis et signés par le directeur sont transmis, accompagnés, s'il y a lieu, des pièces justificatives, à l'agent comptable qui les prend en charge, les date et les signe après vérification. Les contrôles pourront être sélectifs suivant la nature de la recette. Il est fait recette du montant intégral des produits sans compensation entre les recettes et les dépenses. Les ordres de recettes et de dépenses sont conservés par l'agent comptable, qui certifie en avoir effectué la vérification par l'apposition de son visa.

Article D611-20

Les ordres de dépenses contiennent toutes les indications de nom et de qualité nécessaires pour permettre à l'agent comptable de s'assurer de l'identité du créancier et du caractère libératoire du règlement. Ils doivent porter référence aux pièces justificatives lorsque celles-ci ne sont pas jointes.

Article D611-21

Les encaissements effectués en exécution des obligations constatées par un contrat, une convention ou un titre de propriété dont l'agent comptable assure la conservation donnent lieu annuellement à la délivrance par le directeur d'ordres de recettes de régularisation soit individuels, soit collectifs.

Les encaissements de recettes non liquidées par la caisse font l'objet d'ordres de recettes collectifs journaliers.

Article D611-22

Une instruction de la caisse nationale fixe les modalités pratiques de mise en œuvre par les caisses de base des dispositions des articles D. 114-4-2 et D. 114-4-4.

Cette instruction précise notamment les principes retenus pour l'application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale mentionné à l'article D. 114-4-1, notamment pour le calcul des provisions et des charges à payer.

Les méthodes de contrôle, mises en œuvre par la caisse nationale, des opérations de régularisations sont également décrites dans cette instruction.

Article D611-23

Pour les opérations donnant lieu à l'établissement de budgets, les ordres de dépenses énoncent l'exercice et le chapitre d'imputation et, lorsqu'ils constituent des documents séparés des pièces justificatives, la référence à celles-ci.

Le montant des ordres de dépenses est exprimé soit en toutes lettres, soit en chiffres au moyen d'appareils donnant des garanties d'inscription au moins égales à celles de l'inscription en toutes lettres.

Les ordres de dépenses sont datés et signés par le directeur ou son délégué.

Article D611-24

Les documents individuels ou collectifs obtenus par duplication ou reproduction ne peuvent constituer des ordres de dépenses que s'ils sont revêtus de la signature du directeur ou de son délégué, et éventuellement du contreseing du président ou de l'administrateur habilité à cet effet.

Article D611-25

En ce qui concerne les opérations relatives aux budgets de gestion et d'intervention, les imputations de dépenses reconnues erronées pendant le cours d'un exercice sont rectifiées dans les écritures de l'agent comptable au moyen de certificats de réimputation délivrés par le directeur. Les certificats de réimputation forment une série numérique continue.

Article D611-26

L'agent comptable est chargé de la comptabilité générale. Il peut vérifier l'exactitude des comptes individuels dont la tenue incombe aux services techniques.

L'agent comptable est également chargé de la comptabilité auxiliaire des comptes cotisants. L'agent comptable tient la comptabilité analytique d'exploitation lorsque celle-ci est prévue par la réglementation.

Il peut également être chargé de la comptabilité matières. Dans le cas où il ne serait pas chargé de la comptabilité matières, celle-ci est néanmoins tenue sous sa surveillance. Le matériel et le mobilier, hors fournitures consommables, font l'objet d'un inventaire dressé par le directeur et d'un état de l'actif détenu par le comptable.

L'inventaire et l'état de l'actif doivent être concordants. Ils sont périodiquement vérifiés pour constater les destructions par usure, obsolescence ou toute autre cause. Le directeur est responsable de la reconnaissance physique des immobilisations corporelles. Les destructions ou sorties de matériel doivent faire l'objet de pièces justificatives référant l'immobilisation et le numéro d'inventaire remis par le directeur à l'agent comptable pour permettre la mise à jour de l'état de l'actif.

Article D611-27

Les caisses du régime social des indépendants sont tenues, d'une part, de contracter une assurance contre les détournements ou vols d'espèces, soit dans les locaux de la caisse, soit en cours de transport, et, d'autre part, de prendre matériellement les mesures de sécurité qui s'imposent à l'occasion de la manipulation des espèces et de la garde des valeurs.

Article D611-29

L'agent comptable est, en outre, soumis aux vérifications prévues par les lois et règlements en vigueur.

Il est tenu de présenter sa comptabilité à toute réquisition des agents de contrôle dûment habilités par la caisse nationale intéressée.

S'il refuse, à un vérificateur dûment habilité, de présenter sa comptabilité ou d'établir l'inventaire des fonds et valeurs, il est immédiatement suspendu de ses fonctions par le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé du budget, ou leur représentant territorial dans les conditions prévues, selon le cas, par l'article R. 123-52. La même mesure est prise contre lui s'il est constaté une irrégularité d'une nature telle que sa fidélité puisse être mise en doute.

Article D611-30

Dans le cas de recettes techniques liquidées par la caisse, l'agent comptable peut procéder à des vérifications. Au 1er janvier de chaque année, il doit soumettre au directeur la liste des créances non recouvrées à cette date.

Article D611-31

Tous les encaissements en numéraire effectués par l'agent comptable donnent lieu à l'établissement d'une quittance extraite d'un carnet à souches. Lorsque la partie versante exige expressément la délivrance d'un reçu au titre des règlements faits par un mode de paiement autre que le numéraire, l'agent comptable intéressé établit une déclaration de recettes tirée d'un carnet à souches. Les chèques doivent être établis à l'ordre de l'organisme et remis à l'encaissement au plus tard le lendemain de leur délivrance.

Article D611-32

Les comptes bancaires sur lesquels les fonds de l'organisme peuvent être déposés sont ouverts auprès d'un établissement bancaire agréé, de la Banque de France ou de la Caisse des dépôts et consignations ou ses préposés.

L'ouverture d'un compte est opérée sur décision de l'agent comptable, après avis du directeur. Avis de l'ouverture de ces comptes doit être donné au directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques intéressé.

Article D611-33

L'exercice comptable s'étend du 1er janvier au 31 décembre.

Article D611-34

La comptabilité générale est tenue en partie double. Elle doit enregistrer au jour le jour les variations des éléments d'actif et de passif de l'organisme.

Elle est centralisée une fois par mois, avec établissement de balances trimestrielles.

L'agent comptable national établit le compte combiné selon les dispositions définies par les textes pris en application des articles L. 114-6 et L. 114-8 et relatifs aux règles de combinaison des comptes des organismes de sécurité sociale.

Article D611-35

Les comptes annuels sont établis par l'agent comptable et arrêtés par le directeur. Les comptes annuels sont ensuite présentés par le directeur et l'agent comptable au conseil d'administration qui, au vu du rapport de validation prévu à l'article D. 114-4-2, les approuve sauf vote contraire à la majorité des deux tiers des membres.

Section 7 : Organismes conventionnés

Sous-section 1 : Remises de gestion

Article D611-36

La responsabilité financière de tout organisme conventionné est engagée dans les conditions précisées ci-dessous, soit en cas de défaut de reversement ou de reversement partiel du montant des cotisations encaissées à l'une ou plusieurs des échéances prévues par l'arrêté pris en application de l'article D. 612-18, soit en cas de versement de prestations indues ou de versement tardif des prestations.

Article D611-37

Tout organisme conventionné doit ouvrir un compte de passage dans une banque agréée ou auprès de la Banque de France, pour chacune des caisses de base avec laquelle il a passé convention. Ce compte est destiné à recevoir les seules cotisations et majorations de retard versées par les affiliés en application du présent titre ainsi que les intérêts éventuellement produits de façon automatique et obligatoire par le compte prévu à l'article R. 611-95 à chacune des échéances fixées par l'arrêté pris en application de l'article D. 612-18 au profit du compte unique de disponibilités courantes ouvert par la caisse nationale. Aucun autre prélèvement, aucune autre opération, autre que de régularisation, ne peuvent être effectués sur ce compte.

Article D611-38

En application de l'article R. 611-95, tout organisme conventionné doit ouvrir un compte dans une banque agréée ou auprès de la Banque de France, pour chacune des caisses de base avec laquelle il a passé convention.

Ce compte est destiné à assurer le paiement des prestations dues aux affiliés en application du présent titre.

Il est alimenté à la diligence de l'agent comptable de la caisse de base.

Aucune autre opération, aucun autre prélèvement, autre que la de régularisation, ne peuvent être opérés sur ce compte.

Toutefois, l'organisme conventionné qui assure un service de prestations complémentaires à celles du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité peuvent utiliser le compte prévu au présent article pour effectuer le règlement de ces prestations aux assurés. Dans ce cas, il doit effectuer un seul versement représentant le montant des prestations dues.

Préalablement à ce versement, il doit informer l'agent comptable de la caisse de base en utilisant l'état prévisionnel de dépenses prévu à l'article R. 611-95 et créditer le compte des sommes nécessaires, prélevées sur ses ressources propres.

L'organisme conventionné qui ne satisfait pas aux dispositions prévues à l'alinéa ci-dessus est redevable, à l'égard de la caisse de base avec laquelle il a passé convention, d'intérêts de retard égaux au taux d'escompte de la Banque de France augmenté de deux points.

Ces intérêts sont calculés, pro rata temporis, pour la période courant de la date du paiement des prestations versées au titre du régime complémentaire à la date à laquelle le compte prévu au présent article a été crédité des sommes correspondantes.

Sous-section 2 : Responsabilité financière en matière d'encaissement

Article D611-39

Tout organisme conventionné est redevable à l'égard de la caisse de base avec laquelle il a passé convention de la somme qui, aux échéances indiquées, n'aurait pas fait l'objet du virement prévu à l'article D. 611-37 majorée, à titre de sanction, d'intérêts de retard égaux aux taux d'escompte de la Banque de France augmenté de deux points.

Les intérêts de retard sont calculés, pro rata temporis, pour la période courant de la date de l'échéance à la date de règlement définitif.

Article D611-40

L'organisme conventionné doit procéder, sur l'injonction de la caisse nationale, au versement, dans un délai maximum de six mois, de la somme non réglée à l'échéance. La caisse de base conserve la faculté de dénoncer la convention qui la lie à l'organisme conventionné.

La caisse de base impute le montant des intérêts de retard sur les remises de gestion revenant à l'organisme, en application de l'article R. 611-94.

Au cas où l'organisme conventionné a négligé de régler intégralement sa dette dans le délai de six mois prévu au premier alinéa, il encourt le retrait d'habilitation en application du huitième alinéa de l'article R. 611-86.

Article D611-41

L'organisme est tenu de se mettre à jour des sommes dues au plus tard à la date à laquelle la convention cesse d'être en vigueur.

Sous-section 3 : Responsabilité financière en matière de service des prestations

Article D611-42

Tout organisme conventionné engage sa responsabilité financière quand il verse indûment des prestations en méconnaissance des obligations qui lui incombent, à savoir :

1° Lorsque les conditions d'ouverture des droits ne sont pas remplies ;

2° Lorsque l'organisme omet de consulter le service du contrôle médical de la caisse de base, toutes les fois que son avis est obligatoire ;

3° Lorsqu'il ne se conforme pas à l'obligation d'aviser la caisse de base qu'il prend la responsabilité de servir des prestations pour un ayant droit d'une personne ne figurant pas au fichier des prestataires ou pour un enfant ne remplissant pas les conditions d'ouverture du droit ;

4° Lorsqu'il accorde le remboursement des frais engagés par les assurés ou leurs ayants droit en l'absence de feuilles de soins conformes aux modèles fixés par arrêté interministériel ;

5° Lorsque les conditions d'ouverture des droits ou de versement des indemnités journalières maladie ne sont pas remplies.

Article D611-43

Les organismes conventionnés sont autorisés à abandonner le recouvrement des indus de prestations versés à leurs assurés lorsqu'ils sont inférieurs au montant fixé au premier alinéa de l'article D. 133-2.

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 133-2 sont applicables aux créances de prestations détenues par les assurés sur les organismes qui en sont débiteurs.

Article D611-44

Les prestations indûment versées par l'organisme conventionné sont exclues des charges de l'assurance maladie et maternité par décision de la caisse de base.

La caisse de base peut, en outre, décider d'imposer à l'organisme responsable, à titre de sanction, la charge d'une somme égale à 10 % du montant des prestations indues.

Article D611-45

Le montant des prestations indues est imputé dans un délai maximum de six mois sur le remboursement à l'organisme des sommes correspondant aux prestations servies, conformément aux dispositions de l'article R. 611-95.

La caisse de base conserve la faculté de dénoncer la convention qui la lie à l'organisme conventionné.

La caisse de base impute le montant des majorations décidées à l'encontre de l'organisme sur les remises de gestion qui reviennent audit organisme.

Article D611-46

Lorsque, pendant une période quelconque de six mois, le montant ou la fréquence des prestations indûment versées par un organisme conventionné dépasse les niveaux déterminés par une délibération du conseil d'administration de la caisse nationale, ledit organisme encourt le retrait d'habilitation, en application des huitième, dixième et onzième alinéas de l'article R. 611-86.

Article D611-47

L'organisme est tenu de se mettre à jour des sommes dues au plus tard à la date à laquelle la convention cesse d'être en vigueur.

Article D611-48

Lorsque, au cours d'une période quelconque de six mois, et dans la mesure où les fonds nécessaires ont été mis à sa disposition, des retards notables, portant sur un nombre élevés d'assurés, sont constatés dans le service des prestations confié à un organisme conventionné, la caisse de base peut, dans les limites autorisées par la caisse nationale, retenir, à titre de sanction, tout ou partie des remises de gestion revenant audit organisme.

La caisse de base peut, en outre, dénoncer la convention qui la lie à l'organisme conventionné.

Article D611-49

Au cas où les retards dans le règlement des prestations portent sur plus du quart des prestations servies ou affectent plus du quart des assurés, l'organisme conventionné encourt le retrait d'habilitation, en application des huitième, dixième et onzième alinéas de l'article R. 611-86, sans préjudice de l'application des dispositions du premier alinéa de l'article D. 611-48.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 2 : Financement de la branche assurance maladie et maternité

Section 1 : Généralités

Section 2 : Assiette et taux des cotisations - Exonérations.

Article D612-1

La présente section fixe les conditions dans lesquelles sont calculées les cotisations dues par les assurés obligatoires du régime d'assurance maladie et maternité institué par le présent titre.

Article D612-2

Les personnes mentionnées à l'article L. 613-1 sont redevables sur leur revenu d'activité d'une cotisation annuelle de base. Cette cotisation est assise sur l'ensemble des revenus d'activité, tels qu'ils sont définis à l'article L. 131-6.

La cotisation prévue au présent article cesse d'être due :

-pour les personnes qui entrent en jouissance d'une allocation ou pension de retraite, à compter de la date de la cessation définitive de toute activité non salariée non agricole ;

-pour les personnes entrant en jouissance d'une pension d'invalidité, à compter de la date d'attribution de cet avantage.

Article D612-3

Sans préjudice des dispositions de l'article D. 612-2, les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 titulaires de revenus de remplacement sont redevables de la cotisation annuelle de base sur

leurs allocations ou pensions de retraite de base. Cette cotisation est précomptée sur lesdites allocations ou pensions versées par un ou des régimes d'assurance vieillesse des groupes de professions mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 621-3 ou par la caisse nationale des barreaux français, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires et des pensions d'invalidité.

Les opérations de précompte ont lieu par prélèvement, sur les arrérages en cours, des cotisations résultant de l'application auxdits arrérages du taux prévu à l'article D. 612-4.

Article D612-4

Le taux de la cotisation annuelle de base due sur les revenus procurés par l'exercice d'une ou plusieurs activités non salariées non agricoles est fixé à 6,50 %.

Pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9, le taux de cette cotisation est fixé à 14,50 %.

Le taux de la cotisation annuelle de base due sur les allocations ou pensions mentionnées à l'article D. 612-3 servies aux personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-9 est fixé à 7,10 %.

Article D612-6

La valeur du plafond de la sécurité sociale mentionné à la présente section est la valeur annuelle de ce plafond, tel que prévu à l'article L. 241-3, en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation annuelle est due.

En cas de période d'affiliation inférieure à une année, cette valeur est réduite au prorata de la durée d'affiliation.

Article D612-9

Les cotisations supplémentaires mentionnées à l'article L. 612-13 sont fixées dans les mêmes conditions que celles prévues par la présente section pour les cotisations de base. Le deuxième alinéa de l'article D. 612-6 n'est pas applicable aux cotisations supplémentaires.

Le taux de la cotisation annuelle dont sont redevables les assurés cotisant ainsi que les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article D. 613-28 bénéficiaires du régime d'indemnités journalières des artisans, des industriels et commerçants est fixé à 0,7 % dans la limite de cinq fois le plafond de la sécurité sociale.

La cotisation annuelle, y compris celle due au titre des première et deuxième années d'activité, ne peut être calculée sur une assiette inférieure à 40 % de la valeur du plafond de la sécurité sociale. La cotisation due par

les conjoints collaborateurs est calculée sur une assiette égale à 40 % de la valeur du plafond de la sécurité sociale.

Le paiement de la cotisation annuelle supplémentaire s'effectue selon les mêmes modalités que la cotisation annuelle de base.

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 612-6, la cotisation annuelle supplémentaire est admise en totalité dans les charges déductibles visées au premier alinéa de ce même article.

Section 3 : Recouvrement - Contrôle.

Article D612-12

Les dispositions des articles D. 612-13 à D. 612-20 sont applicables aux cotisations de base et supplémentaires des personnes assujetties au régime institué par le présent titre qui versent directement ces cotisations à l'organisme conventionné.

Article D612-13

Les cotisations de base sont dues à compter de la date à laquelle l'assuré a débuté son activité.

Les cotisations sont payables d'avance. Toutefois, pour les nouveaux cotisants, la première date d'exigibilité des cotisations et contributions est celle de l'échéance mensuelle ou trimestrielle qui suit la période de quatre-vingt-dix jours mentionnée à l'article R. 133-29.

Article D612-14

Pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, l'organisme conventionné est autorisé à ne pas procéder à l'appel des cotisations, majorations ou pénalités de retard dues au titre d'une échéance lorsqu'elles sont inférieures au montant fixé au premier alinéa de l'article D. 133-1.

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 133-1 sont applicables aux créances des cotisants provenant de trop-perçus de cotisations, majorations et pénalités de retard. Ces sommes sont définitivement acquises à la Caisse nationale du régime social des indépendants.

Article D612-15

Les membres des professions libérales dont le compte cotisant au titre de la maladie et de la maternité présente un solde débiteur inférieur ou égal au montant fixé par le premier alinéa de l'article D. 612-14

peuvent ne pas faire l'objet d'une mise en demeure. Le droit aux prestations en espèces leur est ouvert au titre de l'échéance en cours.

Article D612-16

La caisse de base détermine selon les règles fixées par l'article L. 612-4 et par le décret pris en application dudit article, le montant des cotisations dues par les assurés et fait connaître ce montant aux organismes conventionnés pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité. Elle utilise à cet effet la déclaration de revenus prévue à l'article R. 131-1 et, le cas échéant, les documents de l'administration fiscale.

Article D612-17

Pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, l'organisme conventionné fait connaître à ses assurés le montant et l'échéance de la cotisation dont ils sont redevables ou les avise qu'ils sont exonérés du versement des cotisations.

La caisse nationale détermine, s'il y a lieu, le ou les documents justificatifs du paiement des cotisations qui doivent être remis par l'organisme conventionné aux assurés, dès que ceux-ci se sont acquittés des cotisations et, éventuellement, des majorations de retard dont ils sont redevables.

A chaque échéance, lorsque le paiement effectué par l'assuré est inférieur au montant cumulé de la cotisation de base visée à l'article D. 612-2 et de la cotisation supplémentaire visée à l'article D. 612-9, l'organisme conventionné affecte en priorité le versement au régime obligatoire de base et le solde à la couverture des prestations supplémentaires.

Article D612-18

L'organisme conventionné, pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, doit verser à la caisse nationale le montant de la totalité des cotisations et des majorations de retard encaissées, ainsi que les intérêts éventuellement produits par les comptes prévus aux articles D. 611-37 et D. 611-38. Ces versements sont échelonnés dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

L'organisme conventionné, pour les membres des professions libérales au titre de la maladie et de la maternité, est tenu d'informer la caisse de base des versements qu'il effectue et de l'état d'ensemble du recouvrement des cotisations et majorations de retard selon des modalités fixées par l'arrêté prévu à l'alinéa précédent.

Article D612-19

Toutes les rectifications qui doivent être apportées au montant des cotisations dues par les membres des professions libérales à une échéance déterminée, notamment en cas d'erreur dans le calcul desdites cotisations, sont effectuées par les caisses de base. Celles-ci informent la caisse nationale et l'organisme intéressé de ces rectifications.

Article D612-20

Pour les membres des professions libérales, les majorations mentionnées à l'article R. 243-18 sont applicables aux cotisations qui n'ont pas été acquittées aux échéances prévues aux articles R. 133-26 et R. 133-27.

L'organisme conventionné est tenu de percevoir ces majorations.

Les majorations sont liquidées par le directeur de la caisse de base dont relève l'assuré et sont recouvrées comme en matière de cotisations. Elles doivent être versées dans le mois suivant leur notification par mise en demeure dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3.

Les articles R. 243-19-1 et R. 243-20 sont applicables à toute demande de remise totale ou partielle de ces majorations. La demande est instruite selon les modalités définies à l'article R. 243-20. Toutefois, elle est communiquée pour avis, avant son examen, à l'organisme conventionné dont relève le requérant.

Les dispositions du présent article sont applicables à la majoration de retard prévue au quatrième alinéa de l'article L. 131-6-2 ainsi qu'à la pénalité mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 242-14.

Article D612-21

La caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et la caisse nationale des barreaux français communiquent à la Caisse nationale du régime social des indépendants, avant le premier jour du deuxième mois de chaque trimestre, l'assiette et le montant des cotisations précomptées sur les avantages de retraite versés par elles au cours du trimestre civil précédent, le nombre de personnes concernées, ainsi que le nombre d'exonérations.

A la même date ce montant est viré par chacune des caisses nationales d'assurance vieillesse mentionnées à l'alinéa précédent au compte ouvert par la Caisse nationale du régime social des indépendants auprès de l'établissement que celle-ci a choisi.

Article D612-22

Le débiteur d'un avantage de retraite est tenu de faire parvenir au pensionné, au moins une fois par an, un bulletin de pension mentionnant notamment, pour la période considérée, les montants respectifs de la pension brute, de l'assiette du précompte, de la cotisation précomptée et de la pension nette.

Article D612-23

Pour l'application des articles L. 243-4 à L. 243-11, le débiteur des avantages de retraite est assimilé à un employeur, l'avantage de retraite à un salaire et le bénéficiaire de cet avantage à un salarié.

Section 4 : Contentieux et pénalités.

Article D612-24

Pour l'application du chapitre 4 du titre IV du livre II, le débiteur des avantages de retraite est assimilé à un employeur, l'avantage de retraite à un salaire et le bénéficiaire de cet avantage à un salarié.

Section 5 : Dispositions diverses.

Article D612-25

Un arrêté annuel du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe le montant de la contribution que la Caisse nationale du régime social des indépendants verse aux organismes d'assurance vieillesse mentionnés à l'article D. 612-21 pour la couverture des frais de gestion occasionnés par les opérations de précompte de la cotisation d'assurance maladie sur les allocations et pensions de vieillesse qu'ils servent.

Article D612-26

Les articles D. 612-21 à D. 612-25 s'appliquent aux avantages de retraite versés au titre des périodes postérieures au 30 juin 1985.

Article D612-27

Les dispositions des articles D. 243-1 et D. 243-2 sont applicables aux cotisations et aux majorations et pénalités afférentes dues en application du présent titre.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 3 : Champ d'application et prestations d'assurance maladie et maternité

Section 1 : Généralités

Sous-section 1 : Champ d'application

Article D613-1

Le montant mentionné au 7° de l'article L. 613-1 est égal à 13 % de la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale, tel que prévu à l'article L. 241-3, en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle le revenu d'activité, tel que défini à l'article L. 131-6, excède ce montant.

Article D613-2

Pour les personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 613-2, l'option prévue à ces mêmes 2° et 3° est exercée dans le cadre des formalités de création de leur entreprise auprès de l'organisme mentionné au deuxième alinéa de l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ou, par défaut, par voie dématérialisée auprès de la caisse de base mentionnée à l'article L. 611-8 ou de l'organisme mentionné à l'article L. 611-20 compétents. Cette option prend effet à la date de création de l'entreprise ou, par défaut, le premier jour du mois civil qui suit d'au moins quinze jours la date d'exercice de l'option, sous réserve des dispositions de la deuxième phrase du 3° de l'article L. 613-2.

Sous-section 2 : Situations particulières.

Section 2 : Dispositions relatives aux soins - Contrôle médical

Section 3 : Prestations de base

Sous-section 1 : Dispositions générales

Sous-section 2 : Assurance maladie

Sous-section 3 : Assurance maternité.

Article D613-4-1

Sous réserve des dispositions de l'article D. 613-29, le montant de l'allocation forfaitaire de repos maternel mentionnée au premier alinéa de l'article L. 613-19 est égal à la valeur mensuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur à la date prévue du premier versement.

L'allocation est versée pour moitié à la fin du septième mois de la grossesse et pour moitié après l'accouchement. La totalité du montant de l'allocation est versée après l'accouchement lorsque celui-ci a lieu avant la fin du septième mois de la grossesse.

En cas d'adoption, l'allocation est versée à la date d'arrivée de l'enfant dans la famille.

Article D613-4-2

I.-Sous réserve des dispositions de l'article D. 613-29, le montant de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée à l'article L. 613-19 et au premier alinéa de l'article L. 613-19-2 est égal à 1/730 de la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur à la date prévue du premier versement.

II.-L'indemnité journalière mentionnée au I est versée sous réserve de cesser toute activité :

1° A la mère, pendant une période d'au moins quarante-quatre jours consécutifs, dont quatorze jours doivent immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement, comprise dans l'intervalle commençant quarante-quatre jours avant la date présumée de l'accouchement et se terminant trente jours après ; cette période d'indemnisation peut être prolongée, à la demande de l'assurée, par une ou deux périodes de quinze jours consécutifs ;

Lorsque l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation de quarante-quatre jours minimum n'est pas réduite de ce fait.

En cas d'accouchement plus de quarante-quatre jours avant la date initialement prévue et exigeant l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période d'indemnisation est augmentée du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début de la période de quarante-quatre jours précédant la date initialement prévue.

2° Au père, pendant onze jours consécutifs au plus, ou dix-huit jours consécutifs au plus en cas de naissances ou d'adoptions multiples, débutant dans la période de quatre mois suivant la naissance ou l'arrivée au foyer de l'enfant.

Article D613-4-3

Par dérogation à l'article D. 613-4-2, en cas d'état pathologique résultant de la grossesse ou de l'accouchement attesté par un certificat médical et en cas de naissances ou d'adoptions multiples, la durée du

versement de l'indemnité prévue à l'article D. 613-4-2 peut être prolongée, à la demande de l'assurée, par une période de trente jours consécutifs.

Les jours supplémentaires peuvent être pris à partir de la déclaration de grossesse en cas d'état pathologique. Ils peuvent se cumuler avec la période de cessation de travail prévue à l'article D. 613-4-2 sans devoir nécessairement lui être reliés.

Article D613-4-4

Dans le cas où l'enfant est resté hospitalisé pendant la période néonatale, l'assurée peut demander le report, à la date de la fin de l'hospitalisation de l'enfant, de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle elle peut encore prétendre en application de l'article D. 613-4-2. Toutefois, pour l'assurée bénéficiaire de la période supplémentaire de congé prénatal prévue au quatrième alinéa de l'article D. 613-4-2, la possibilité de report du reliquat de congé ne lui est ouverte qu'après consommation de cette période.

La période d'indemnisation de quarante-quatre jours minimum à soixante-quatorze jours maximum n'est pas réduite de ce fait.

Dans le même cas, le père peut demander le report à la fin de l'hospitalisation de l'enfant du délai prévu à l'article D. 613-4-2.

Article D613-4-5

Le caractère effectif de la cessation d'activité ouvrant droit à l'indemnité mentionnée à l'article D. 613-4-2 donne lieu à une déclaration sur l'honneur de l'assuré. Cette déclaration est accompagnée, pour la mère, d'un certificat médical attestant de la durée de l'arrêt de travail.

Article D613-6

L'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 613-19-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 613-19-2 est versée aux conjointes ou conjoints collaborateurs qui cessent leur activité et se font effectivement remplacer par du personnel salarié dans les travaux professionnels ou ménagers qu'ils effectuent habituellement :

1° Pour les mères, pendant sept jours au moins compris dans la période commençant six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se terminant dix semaines après ; la durée maximale de versement est de vingt-huit jours, ou sur demande de l'intéressée de cinquante-six jours, consécutifs ou non.

En cas d'accouchement plus de six semaines avant la date initialement prévue et exigeant l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période de versement de l'indemnité complémentaire est augmentée du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début de la période de six semaines précédant la date initialement prévue.

2° Pour les mères adoptantes, pendant sept jours au moins à compter de la date d'arrivée de l'enfant au foyer ; la durée maximale de versement est égale à la moitié des durées fixées au 1° ;

3° Pour les pères, pendant onze jours consécutifs au plus débutant dans la période de quatre mois suivant la naissance ou l'arrivée de l'enfant au foyer.

Article D613-7

L'indemnité de remplacement visée à l'article D. 613-6 est égale au coût réel du remplacement du ou de la bénéficiaire dans la limite d'un plafond journalier égal à 1/56 d'un montant fixé à deux fois le montant du salaire minimum de croissance prévu aux articles L. 141-1 et suivants du code du travail.

Article D613-8

En cas d'état pathologique résultant de la grossesse et attesté par un certificat médical, les durées maximales fixées au 1° de l'article D. 613-6 sont augmentées de moitié. Dans ce cas, les jours supplémentaires peuvent être pris à partir de la déclaration de grossesse. Ils peuvent se cumuler avec la période de cessation de travail prévue à l'article D. 613-6 sans devoir nécessairement lui être reliés.

Article D613-9

En cas de naissances ou d'adoptions multiples, les durées maximales de remplacement fixées aux 1° et 2° de l'article D. 613-6 sont doublées.

Dans ce cas, les jours supplémentaires doivent être pris au cours d'une période commençant à partir de l'accouchement ou de l'arrivée de l'enfant au foyer et se terminant quinze semaines après celui-ci.

En cas de naissances ou d'adoptions multiples, la durée de remplacement fixée au 3° de l'article D. 613-6 est portée à dix-huit jours au plus.

Article D613-10

Le bénéfice de chacune des allocation et indemnité prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 est demandé à l'organisme conventionné au moyen d'imprimés dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Pour bénéficier de l'indemnité prévue à l'article L. 613-19-2, le chef d'entreprise ou le conjoint collaborateur doit adresser à l'organisme de sécurité sociale dont il relève la ou les pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

En ce qui concerne l'indemnité de remplacement, le caractère effectif du remplacement et des dépenses auxquelles il a donné lieu est justifié par la présentation d'un double du bulletin de paie établi pour la personne ayant assuré le remplacement ou de l'état des frais délivré par l'entreprise de travail temporaire qui est intervenue.

Article D613-10-1

Le bénéfice des allocations et indemnités mentionnées à l'article L. 613-19-3 est demandé à l'organisme conventionné au moyen d'un imprimé, accompagné le cas échéant de pièces justificatives, dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale.

Pour l'application de l'article L. 613-19-3, la durée d'indemnisation du père, du conjoint de la mère ou de la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle peut faire l'objet de prolongations dans les conditions et selon les modalités définies aux articles D. 613-4-2, D. 613-4-3, D. 613-6 et D. 613-9, si la mère n'en avait pas bénéficié, ainsi que du report prévu à l'article D. 613-4-4.

Article D613-11

Les conditions de collaboration professionnelle des conjointes ou conjoints des personnes mentionnées au 5° de l'article L. 613-1 et de membres des professions libérales sont réputées remplies sur la foi d'une déclaration sur l'honneur souscrite par ces personnes attestant que leur conjoint ou conjointe :

1° Leur apporte effectivement et habituellement, sans être rémunéré pour cela, son concours pour l'exercice de leur propre activité professionnelle ;

2° Ne relève pas à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Article D613-12

L'auteur d'une fausse déclaration souscrite pour faire obtenir les allocation ou indemnité prévues par les articles D. 613-4-1 à D. 613-9 et par l'article D. 613-10-1 est passible de l'amende prévue à l'article L. 377-1.

Article D613-13

Les montants maximaux prévus aux articles D. 613-6 à D. 613-9 à prendre en considération sont ceux en vigueur à la date de l'interruption d'activité de la mère ou du père donnant lieu à remplacement dans les conditions prévues aux articles L. 613-19-1 et L. 613-19-2.

Article D613-13-1

Pour l'application des dispositions de l'article L. 613-8, les assurés cotisant ou en situation de maintien de droit en application des articles L. 161-8 ou L. 311-5 ont droit et ouvrent droit aux prestations en espèces de l'assurance maternité dans les conditions suivantes :

a) L'assuré a droit et ouvre droit à ces prestations pendant une année civile s'il justifie avoir acquitté, au 1er octobre de l'année précédente ou avant le 31 décembre de la même année, la totalité des cotisations exigibles au titre de l'assurance maternité ;

b) Si l'assuré justifie avoir régularisé le paiement des cotisations exigibles au 1er octobre de l'année précédente, pendant l'année en cours, il a droit et ouvre droit aux prestations pour une partie de l'année civile à compter de la date de paiement des cotisations jusqu'au 31 décembre de ladite année ;

c) Si l'assuré, bénéficiant d'un échéancier de paiement prévu par le deuxième alinéa de l'article L. 613-8, justifie avoir acquitté au 1er octobre ou au 1er avril les cotisations fixées par l'échéancier ainsi que les cotisations en cours, il a droit et ouvre droit aux prestations pendant les six mois consécutifs aux dates d'échéance susvisées.

Section 4 : Prestations supplémentaires

Sous-section 1 : Régime d'indemnités journalières des artisans, industriels et commerçants

Article D613-14

Tout assuré cotisant ou en situation de maintien de droits en application des articles L. 161-8 ou L. 311-5, relevant à titre obligatoire des groupes des professions artisanales, industrielles et commerciales mentionnés au 1° de l'article L. 613-1, bénéficie du régime d'indemnités journalières institué par le présent titre.

Article D613-15

Sont exclues du bénéfice des prestations en espèces prévues à l'article D. 613-14 :

1° (Abrogé)

2° Les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'incapacité au métier dans le régime d'assurance invalidité des professions artisanales industrielles et commerciales prévues à l'article L. 635-5 ;

3° (Abrogé)

4° Les personnes retraitées, affiliées au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Article D613-16

Pour avoir droit aux indemnités journalières, l'assuré doit :

1° Etre affilié au régime d'assurance maladie maternité des travailleurs indépendants non agricoles depuis au moins un an et rattaché aux groupes professionnels artisanal, industriel et commercial à la date du constat médical de l'incapacité de travail ;

2° Etre à jour de ses cotisations de base et supplémentaires à la date du premier constat médical de l'incapacité de travail. En cas de paiement tardif, l'assuré peut faire valoir son droit aux prestations dans les conditions prévues par l'article L. 613-8.

Lorsque l'assuré est affilié depuis moins d'un an au régime d'assurance maladie maternité des travailleurs indépendants non agricoles et relevait précédemment à titre personnel d'un ou de plusieurs régimes, la période d'affiliation au régime antérieur est prise en compte pour l'appréciation de la durée d'affiliation prévue au 1°, sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption entre les deux affiliations.

Article D613-17

Les indemnités journalières sont attribuées à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre une activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident survenu, notamment, pendant l'exercice d'une activité professionnelle artisanale ou industrielle et commerciale ou à la suite de celle-ci. Le bénéfice desdites prestations est supprimé lorsque l'incapacité trouve sa cause dans une faute intentionnelle de l'assuré.

Le versement de l'indemnité journalière ne fait pas obstacle à ce que l'assuré réalise, avec l'accord de son médecin traitant, des actions d'accompagnement, d'évaluation, d'information, de conseil et de formation lorsqu'elles remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- elles ont vocation à favoriser la reprise d'une activité professionnelle ;
- leur durée est déclarée compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail par le service médical ;
- la caisse de base du régime social des indépendants y participe.

Le maintien du bénéfice des indemnités journalières est, le cas échéant, subordonné à la production d'une attestation de formation.

Article D613-18

Les indemnités journalières visées à l'article D. 613-17 ne peuvent être cumulées avec les indemnités journalières forfaitaires prévues au deuxième alinéa de l'article L. 613-19 et au premier alinéa de l'article L. 613-19-2.

Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu au versement des indemnités journalières.

Article D613-19

Pour l'application du premier alinéa de l'article D. 613-17, les conditions d'ouverture du droit aux prestations sont appréciées au jour de la constatation médicale de l'incapacité de travail.

L'indemnité journalière est attribuée à l'expiration d'un délai de carence de trois jours en cas d'hospitalisation et de sept jours en cas d'accident ou de maladie, à compter de la constatation médicale de l'incapacité de travail. Toutefois, ce délai n'est pas applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1, lorsque l'incapacité de travail résulte de l'acte de terrorisme mentionné à cet article.

En cas de nouvel arrêt, après reprise du travail, dû à une affection donnant lieu à la procédure prévue à l'article L. 324-1 ou à un accident et n'ouvrant pas droit à indemnisation par les régimes invalidité des professions artisanales, industrielles et commerciales prévu à l'article L. 635-7, le délai de carence n'est appliqué qu'une seule fois, lors du premier arrêt dû à cette affection ou à cet accident.

Elle est due pour chaque jour ouvrable ou non.

Lorsque l'avis d'arrêt de travail est adressé au service médical au-delà du délai prévu à l'article D. 613-23, l'indemnité journalière est attribuée à l'expiration d'un délai de quatre jours à compter de sa réception par la caisse et au plus tôt à compter de l'expiration du délai de carence. Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1, lorsque l'incapacité de travail résulte de l'acte de terrorisme mentionné à cet article.

Article D613-19-1

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à six mois, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire conjointement par le médecin traitant et le médecin-conseil conformément aux dispositions de l'article L. 324-1.

Article D613-20

L'assuré ne peut recevoir au titre d'une ou de plusieurs maladies, pour une période quelconque de trois ans, plus de 360 indemnités journalières.

Pour les affections donnant lieu à la procédure prévue à l'article L. 324-1, l'indemnité journalière peut être servie pendant une période d'une durée maximale de trois ans calculée de date à date pour chaque affection. Dans le cas d'interruption suivie de reprise du travail, l'indemnité journalière peut être servie pendant une nouvelle période d'une durée maximale de trois ans calculée de date à date dès lors que cette reprise a été d'au moins un an. La date de reprise d'activité est attestée par une déclaration sur l'honneur signée par l'assuré.

Article D613-21

Sous réserve des dispositions de l'article D. 613-29, le montant de l'indemnité journalière est égal à 1/730 du revenu d'activité annuel moyen des trois années civiles précédant la date de la constatation médicale de l'incapacité de travail. Le revenu d'activité pris en compte est celui sur la base duquel est calculée la cotisation mentionnée à l'article D. 612-9 dont est redevable l'assuré, dans la limite du plafond annuel mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur à la date du constat médical.

Article D613-22

Les dispositions de l'article L. 323-5 sont applicables à l'indemnité journalière prévue à l'article D. 613-21.

Article D613-23

En vue du versement des indemnités journalières, l'assuré doit adresser au service médical de la caisse de base du régime social des indépendants un avis d'arrêt de travail dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et qui doit comporter notamment la signature du médecin traitant et, après sa prescription, la cause et la durée probable de l'incapacité de travail.

L'avis d'arrêt de travail doit, sauf en cas d'hospitalisation, être adressé par l'assuré au service médical dans le délai de deux jours suivant la date de la constatation médicale de l'incapacité de travail.

Dans le cas où l'assuré reprend son travail avant la fin de la durée d'arrêt de travail prescrite par son médecin traitant, il doit adresser au service médical de la caisse de base du régime social des indépendants une déclaration sur l'honneur indiquant la date de reprise de son travail dans le délai de deux jours suivant la date de la reprise.

Article D613-24

Le service médical de la caisse de base du régime social des indépendants peut à tout moment :

1° Donner des avis d'ordre médical sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité au travail des bénéficiaires ;

2° Donner des avis d'ordre médical sur les liens de causalité entre l'interruption de travail, l'accident ou l'affectation comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur ;

3° Donner son avis sur l'incapacité de l'assuré lorsqu'en raison de la stabilisation dudit état celui-ci ne peut plus prétendre aux indemnités journalières de l'assurance maladie.

Le service médical exerce cette mission dans les conditions définies aux articles R. 613-55 à R. 613-64.

Article D613-25

La caisse de base du régime social des indépendants est fondée à refuser le bénéfice des indemnités journalières pour la période pendant laquelle le contrôle de la caisse mutuelle régionale a été rendu impossible, sans préjudice des dispositions de l'article D. 613-24.

Article D613-26

Les dispositions de l'article L. 377-1 sont applicables au régime des prestations en espèces institué par le présent titre.

Article D613-27

La caisse de base du régime social des indépendants notifie à l'organisme conventionné les dates de début et de fin d'indemnisation ainsi que les bases de calcul de l'indemnité journalière. Les refus pour des motifs non liés au paiement des cotisations dues sont notifiés à l'assuré par la caisse.

L'organisme conventionné établit mensuellement le décompte des indemnités journalières dues en utilisant un imprimé dont le modèle est fixé par la caisse nationale, et procède au versement au moins mensuel et à terme échu des prestations en espèces selon les modalités fixées par ladite caisse nationale.

Article D613-28

Les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce des assurés mentionnés à l'article D. 613-14 bénéficient du régime d'indemnités journalières dans les conditions déterminées par la présente sous-section. Par dérogation aux dispositions de l'article D. 613-21, le montant de l'indemnité journalière des conjoints collaborateurs est égal à 1/730 du montant correspondant à l'assiette de la cotisation mentionnée au troisième alinéa de l'article D. 612-9.

Ces indemnités journalières ne peuvent être cumulées avec l'indemnité complémentaire prévue au troisième alinéa de l'article L. 613-19-1.

Section 5 : Action sanitaire et sociale

Section 6 : Dispositions diverses

Article D613-29

Lorsque le revenu d'activité annuel moyen pris en compte pour le calcul de la cotisation mentionnée à l'article D. 612-2 due au titre des trois années civiles d'activité précédant la date prévue du premier versement de l'allocation mentionnée à l'article D. 613-4-1 ou de l'indemnité journalière mentionnée à l'article D. 613-4-2 est inférieur à un montant équivalent à 10 % de la moyenne des valeurs annuelles du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur au cours des trois années considérées, le montant de cette allocation ou de cette indemnité est égal à 10 % de celui mentionné respectivement aux articles D. 613-4-1 et D. 613-4-2.

Article D613-30

Lorsque le revenu d'activité annuel moyen pris en compte pour le calcul de la cotisation mentionnée à l'article D. 612-9 due au titre des trois années civiles d'activité précédant la date prévue du premier versement de l'indemnité journalière mentionnée à l'article D. 613-21 est inférieur à un montant équivalent à 10 % de la moyenne des valeurs annuelles du plafond mentionné à l'article L. 241-3 en vigueur au cours des trois années considérées, le montant de cette indemnité est nul.

Article D613-31

Pour les personnes affiliées postérieurement à la troisième année civile précédant la date de premier versement de l'allocation ou de l'indemnité ou la date de la constatation de l'incapacité de travail, le revenu d'activité pris en compte pour le calcul de l'allocation mentionnée à l'article D. 613-4-1 et des indemnités journalières mentionnées aux articles D. 613-4-2 et D. 613-21, ainsi que pour l'application des articles D. 613-29 et D. 613-30, est :

1° Pour les personnes affiliées au cours de l'avant-dernière année civile précédant cette date, le revenu annuel moyen sur la base duquel a été calculée la cotisation mentionnée à l'article D. 612-2 ou à l'article D. 612-9 due au titre des deux premières années civiles d'activité ;

2° Pour les personnes affiliées au cours de la dernière année civile précédant cette date, le revenu annuel sur la base duquel a été calculée la cotisation mentionnée à l'article D. 612-2 ou à l'article D. 612-9 due au titre de la première année civile d'activité ;

3° Pour les personnes affiliées durant l'année civile en cours, le revenu annuel sur lequel a été calculée jusqu'à cette date la cotisation mentionnée à l'article D. 612-2 ou à l'article D. 612-9 ou, lorsque la première date d'exigibilité mentionnée à l'article D. 612-13 ou la date de déclaration mentionnée à l'article R. 133-30-3 n'est pas atteinte, l'assiette minimale mentionnée au premier alinéa de l'article D. 612-5 pour l'application des dispositions des articles D. 613-4-1 et D. 613-4-2 ou au troisième alinéa de l'article D. 612-9 pour l'application des dispositions de l'article D. 613-21.

En cas de période d'affiliation incomplète au cours de la première ou de la deuxième année d'activité, le revenu de cette période est, pour la détermination du revenu annuel mentionné aux 1° à 3°, rapporté à l'année entière pour l'application des dispositions des articles D. 613-4-1 et D. 613-4-2.

Article D613-32

Les dispositions des articles D. 613-29 et D. 613-30 ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 842-1 du présent code qui n'ont pas exercé l'option prévue à l'article L. 131-6-3 du même code.

Pour ces mêmes personnes, le montant des indemnités journalières mentionnées à l'article D. 613-21 est calculé sur la base d'un revenu égal à l'assiette minimale mentionnée au troisième alinéa de l'article D. 612-9

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 4 : Dispositions communes en matière d'organisation administrative et financière

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 6 : Contentieux - Dispositions d'application

Section 1 : Contentieux

Section 2 : Dispositions d'application

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 2 : Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse

Chapitre 1 : Dispositions institutionnelles

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 2 : Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse

Chapitre 2 : Champ d'application - Affiliation

Article D622-1

I.-Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 622-1, l'activité principale est déterminée dans les conditions prévues par les dispositions du II, du III et du IV de l'article D. 171-12 et de l'article D. 171-13. Pour l'application de ces dispositions, la référence au premier alinéa de l'article L. 171-3 est remplacée par la référence au premier alinéa de l'article L. 622-1.

II.-Pour l'application du second alinéa de l'article L. 622-1, l'activité principale est réputée être :

1° Pour les personnes bénéficiant à la fois d'une pension, rente ou allocation de vieillesse acquise à titre personnel et d'un avantage de réversion, l'activité qui leur a ouvert droit à l'avantage acquis à titre personnel ;

2° Pour les personnes bénéficiant à la fois, à titre personnel, de plusieurs pensions, rentes ou allocations de vieillesse de même nature, l'activité correspondant à l'avantage pour lequel elles comptent le plus grand nombre de trimestres d'assurance ayant donné lieu au versement de cotisations à leur charge ou, en cas d'égalité ou lorsque l'un ou plusieurs des avantages sont de caractère non contributif, l'activité qu'elles ont exercée pendant le plus grand nombre d'années.

Article D622-2

Le montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 622-4 est déterminé dans les conditions fixées à l'article D. 613-1.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 2 : Généralités relatives aux organisations autonomes d'assurance vieillesse

Chapitre 3 : Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse

Section 1 : Organisation financière.

Article D623-1

L'autorité administrative désignée à l'article L. 623-2 est le responsable du service mentionné à l'article R. 155-1.

Article D623-2

Les dispositions de la présente section sont applicables aux caisses nationales, aux caisses, unions de caisses et sections de caisses des organisations autonomes des professions libérales.

Article D623-3

Sont applicables aux organismes mentionnés à l'article D. 623-2 les articles D. 253-5, D. 253-9 à D. 253-11, l'article D. 253-12 à l'exception du membre de phrase commençant par "en présence" et se terminant par "l'organisme" qui est remplacé par le membre de phrase suivant : "en présence du conseil d'administration, du directeur de l'organisme et d'un représentant de la caisse nationale", l'article D. 253-13, l'article D. 253-15 à l'exception du membre de phrase commençant par "auprès" et se terminant par "D. 253-1", l'article D. 253-16 à l'exception du membre de phrase commençant par "conformément" et se terminant par "R. 243-21" et à l'exception de la troisième phrase du premier alinéa, les articles D. 253-18, D. 253-20 à D. 253-28, D. 253-30, D. 253-42 à D. 253-48, l'article D. 253-49 à l'exception des deux premiers alinéas, les articles D. 253-50, D. 253-51, D. 253-53, D. 253-54, D. 253-56, D. 253-58, D. 253-59, D. 253-62, D. 253-63, D. 253-68 à D. 253-73 et D. 253-75 à D. 253-83.

Article D623-4

Sont applicables aux organismes mentionnés à l'article D. 623-2 les articles D. 611-7, D. 611-11, D. 611-12, D. 611-17, D. 611-20, D. 611-22, D. 611-23, D. 611-27 à D. 611-31 et D. 611-35.

Article D623-5

Les organismes appliquent les dispositions de l'article D. 114-4-4.

Article D623-25

Les comptes annuels sont établis par l'agent comptable et visés par le directeur ; ils sont présentés au conseil d'administration, accompagnés du rapport mentionné à l'article D. 623-16.

Le directeur remet chaque année au conseil d'administration un rapport sur le fonctionnement administratif et financier de l'organisme.

Article D623-26

La gestion des opérations administratives supporte toutes les dépenses suivantes dont la liste est limitative, à l'exclusion des dépenses de même nature qui incombent à d'autres gestions par application des dispositions réglementaires ou d'instructions spéciales.

1°) au titre du fonctionnement proprement dit :

a. les frais de personnel qui comprennent les traitements et salaires, les vacations et honoraires, les indemnités représentatives de frais, les indemnités diverses, les charges connexes aux traitements et salaires, les charges de sécurité sociale et autres charges sociales et, le cas échéant, les dépenses qui, après autorisation de l'autorité de tutelle, peuvent être engagées au titre des oeuvres sociales en faveur du personnel ;

b. les impôts et taxes ;

c. les frais de travaux, fournitures et services extérieurs qui comprennent les frais concernant respectivement les loyers et charges locatives, l'entretien et les réparations, les travaux et façons exécutés à l'extérieur, y compris la rémunération de services faits pour le compte de la caisse par d'autres organismes, le petit outillage, les fournitures faites à la caisse, la documentation technique, les honoraires ne faisant pas partie des frais de personnel ni des frais de fonctionnement du conseil d'administration et des commissions, les primes d'assurances, les frais d'expertises pour achat de terrains ou d'immeubles administratifs et les frais d'établissement de plans ou de projets divers de construction ou d'aménagement d'immeubles administratifs, lorsque les projets d'acquisition, de construction ou d'aménagement ne sont pas suivis de réalisation ;

d. les frais de transports ;

e. les frais divers de gestion, les frais relatifs aux informations et publications, aux fournitures de bureaux, à la documentation générale, les frais de postes et télécommunications, les frais de paiement des prestations, les cotisations à divers groupements lorsque l'adhésion des caisses auxdits groupements est imposée ou autorisée ;

f. les frais de justice ou de contentieux, y compris ceux concernant le recouvrement des cotisations et des majorations de retard ;

g. les frais de fonctionnement de l'assemblée générale et du conseil d'administration et des commissions (y compris les indemnités, les frais de transports et de déplacements) ;

h. l'amortissement des immeubles administratifs, des frais d'établissement, des travaux d'aménagement, d'installation, d'agencement desdits immeubles ;

i. éventuellement, l'amortissement du mobilier et du matériel ;

j. les pertes exceptionnelles concernant la gestion des opérations administratives ;

k. l'apurement des déficits antérieurs ;

2°) au titre des opérations en capital et sous réserve de la réglementation propre à chacune des organisations :

a. les acquisitions d'immobilisations, de mobilier et de matériel d'exploitation amortissables par nature ;

b. les prêts et avances ;

c. les remboursements d'emprunts ;

d. les achats de valeurs.

Article D623-28

Les avances de fonds mises à la disposition des caisses secondaires ne peuvent dépasser le montant moyen des paiements d'une quinzaine. Elles ne peuvent être complétées ou renouvelées qu'au fur et à mesure des justifications fournies.

Article D623-29

L'agent comptable peut, dans les conditions de l'article D. 613-33, faire ouvrir des comptes de disponibilités à ses délégués des caisses secondaires pour l'exécution, sous la signature des agents habilités à cet effet, de retraits de fonds, de paiements ou de virements.

Section 2 : Prestations de base.

Article D623-30

Pour l'application de l'article L. 161-19, sont assimilées aux périodes de mobilisation ou de captivité mentionnées par cet article [*validation de périodes*], les périodes durant lesquelles les requérants ont été engagés volontaires en temps de guerre, combattants volontaires de la Résistance, déportés ou internés résistants ou politiques, réfractaires au service du travail obligatoire, patriotes résistants à l'occupation des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle incarcérés en camps spéciaux ou patriotes réfractaires à l'annexion de fait.

Seules les périodes accomplies postérieurement au 1er septembre 1939 peuvent, au titre de l'article L. 161-19, être assimilées à des périodes d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation des avantages de vieillesse, sous réserve que les intéressés aient ensuite exercé, en premier lieu, une activité libérale relevant de l'organisation autonome mentionnée au 3° de l'article L. 621-3, une activité non salariée artisanale ou une activité non salariée industrielle ou commerciale suivant le cas.

Pour bénéficier des dispositions précitées, les intéressés doivent apporter la preuve qu'ils ont été mobilisés ou prisonniers de guerre ou qu'ils se sont trouvés dans l'une des situations énumérées ci-dessus, au moyen de la production des pièces prévues par arrêté interministériel ou éventuellement d'une attestation délivrée par le ministère chargé des anciens combattants ou l'office national des anciens combattants.

Section 3 : Assurance veuvage

Section 4 : Contrôle - Contentieux et pénalités

Section 5 : Contrôle de l'administration - Dispositions diverses

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre Ier : L'assurance vieillesse des professions artisanales

Article D631-1

Les dispositions de l'article D. 632-1 s'appliquent à l'assurance vieillesse des professions artisanales.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 2 : L'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales

Section 1 : Organisation administrative

Section 2 : Règles de fonctionnement et de gestion.

Article D632-1

Sont obligatoirement affiliées, en application de l'article L. 622-7, aux caisses de base du régime social des indépendants, en ce qui concerne les sociétés dont l'activité est industrielle ou commerciale, les personnes physiques énumérées ci-après :

1°) les associés des sociétés en nom collectif, les associés de fait, les associés commandités des sociétés en commandite simple et en commandite par actions ;

2°) les gérants de sociétés à responsabilité limitée qui ne sont pas assimilés aux salariés pour l'application de la législation sur la sécurité sociale ;

3°) les associés majoritaires non gérants d'une SARL exerçant une activité rémunérée au sein de l'entreprise et qui ne sont pas assimilés aux salariés pour l'application de la législation sur la sécurité sociale.

Les assujettis sont tenus de se déclarer à la caisse dont ils relèvent en vue de leur immatriculation dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 3 : Dispositions communes en matière d'organisation administrative et financière

Section 1 : Organisation administrative

Section 2 : Organisation financière - Cotisations

Sous-section 1 : Cotisations des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Article D633-1

La cotisation mentionnée à l'article L. 633-10 est due à compter de la date à laquelle a débuté l'activité professionnelle entraînant l'assujettissement au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou à celui des professions industrielles et commerciales. Elle cesse d'être due à la date à laquelle cet assujettissement prend fin.

Article D633-2

Pour les assurés en activité, autres que les aides familiaux des entreprises artisanales, la cotisation annuelle est assise pour partie sur le revenu d'activité, tel que défini à l'article L. 131-6, dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 et pour partie sur la totalité de ce revenu d'activité. La valeur de ce plafond est déterminée conformément à l'article D. 612-6.

La cotisation annuelle ne peut être calculée sur une assiette inférieure à 11,5 % de la valeur du plafond déterminée conformément au premier alinéa du présent article et sans application du deuxième alinéa de l'article D. 612-6. Le présent alinéa s'applique aux travailleurs indépendants dont la durée d'affiliation est au moins égale à quatre-vingt-dix jours au cours de cette même année.

Article D633-3

I.-Le taux des cotisations assises sur le revenu d'activité dans la limite du plafond est fixé à 17,15 %.

II.-Le taux des cotisations assises sur la totalité du revenu d'activité est fixé à 0,60 %.

Article D633-9

Les assurés qui apportent la preuve qu'ils se sont trouvés dans l'impossibilité de poursuivre leur activité pour un motif indépendant de leur volonté et étranger à la nature même de la profession exercée, notamment pour raison de santé ou en cas d'appel ou de rappel sous les drapeaux ou de sinistre, sont dispensés du paiement d'un trimestre de la cotisation provisionnelle pour toute période de cessation d'exercice d'au moins quatre-vingt-dix jours consécutifs.

Article D633-12

Pour les aides familiaux des entreprises artisanales, la cotisation annuelle est calculée sur la base d'un revenu égal au tiers du plafond mentionné à l'article L. 633-10 ou sur la base d'un revenu égal au revenu d'activité du chef d'entreprise, si ce dernier revenu est inférieur au tiers du plafond susmentionné, sous réserve de l'application du deuxième alinéa de l'article D. 633-2.

Cette cotisation est versée par le chef d'entreprise, en sus de sa cotisation personnelle, dans les mêmes conditions et délais que cette dernière.

Article D633-16

Les assurés titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnées aux articles L. 634-2 à L. 634-5, L. 812-1 et L. 813-5 et qui exercent une activité professionnelle non salariée entraînant leur assujettissement au régime d'assurance vieillesse au titre duquel ils sont titulaires de l'avantage de vieillesse susmentionné peuvent demander que la cotisation dont ils sont redevables soit précomptée mensuellement sur les arrérages de la pension, rente ou allocation. Lorsque le montant de la cotisation est supérieur à celui de l'avantage de vieillesse, le solde doit, dans ce cas, être versé directement par l'assuré à la caisse dont il relève, au plus tard le dernier jour du premier mois du semestre civil suivant.

Article D633-17

Les dispositions des articles D. 243-1 et D. 243-2 sont applicables aux cotisations et aux majorations et pénalités afférentes dues en application du présent titre.

Sous-section 2 : Cotisations des conjoints collaborateurs des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales

Article D633-19-1

Les cotisations du conjoint collaborateur du travailleur non salarié des professions artisanales, industrielles et commerciales sont définies et recouvrées dans les conditions prévues par la sous-section 1 de la présente section, sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

Article D633-19-2

Le conjoint collaborateur peut demander que sa cotisation soit calculée :

1° Soit sur un revenu forfaitaire égal au tiers du plafond mentionné à l'article L. 633-10 ;

2° Soit sur 33,33 % du revenu d'activité mentionné au 1° de l'article L. 633-10 ;

3° Soit sur 50 % du revenu d'activité mentionné au 1° de l'article L. 633-10 ;

4° Soit sur une fraction fixée au tiers du revenu d'activité mentionné au 2° de l'article L. 633-10 ;

5° Soit sur une fraction fixée à la moitié du revenu d'activité mentionné au 2° de l'article L. 633-10.

Article D633-19-3

Le choix du conjoint collaborateur pour l'une des options mentionnées aux 1° à 5° de l'article D. 633-19-2 doit être effectué par écrit au plus tard soixante jours avant la date limite de paiement de la première échéance de cotisations suivant le début de son activité. Cette demande est contresignée du chef d'entreprise si l'option retenue est celle prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2.

L'option choisie en vertu de l'alinéa ci-dessus s'applique pour les cotisations dues au titre de l'année civile du début d'activité. En l'absence de demande contraire du conjoint collaborateur ou, s'il s'agit de l'option prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2, du conjoint collaborateur ou du chef d'entreprise, elle est reconduite pour une durée d'un an tacitement renouvelable dans les mêmes conditions.

La demande prévue à l'alinéa ci-dessus doit être effectuée par écrit. Elle doit être contresignée du chef d'entreprise si la nouvelle option retenue est celle prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2. Elle doit être reçue par la caisse compétente :

- au titre de la deuxième année civile d'activité du conjoint collaborateur, avant le 1er décembre de l'année du début d'activité si celui-ci est intervenu avant le 1er août, dans le délai prévu au premier alinéa dans le cas contraire ;

- pour les années postérieures à la deuxième année civile d'activité, avant le 1er décembre de l'année précédente.

Lorsque les conditions prévues aux alinéas ci-dessus ne sont pas remplies, les cotisations sont calculées sur le revenu forfaitaire mentionné au 1° de l'article D. 633-19-2 jusqu'à la date à laquelle la caisse est informée du choix du conjoint ou, si l'option retenue par celui-ci est celle prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il en informe la caisse.

Article D633-19-4

Par exception aux dispositions de l'article D. 633-1, les cotisations afférentes à la première année civile d'activité du conjoint collaborateur qui choisit l'option prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2 sont dues à compter du 1er janvier de cette année ou à compter de la date de début d'activité du chef d'entreprise si celle-ci est postérieure au 1er janvier.

Toutefois, par exception aux dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 633-19-3, sur demande du conjoint, l'option prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2 prend effet au 1er janvier de sa deuxième année civile d'activité. Le conjoint choisit alors, pour le calcul des cotisations afférentes à sa première année civile d'activité, l'une des options prévues aux 1° à 3° de l'article D. 633-19-2, dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article D. 633-19-3. Les dispositions du dernier alinéa de l'article D. 633-19-3 sont applicables au choix prévu au présent alinéa.

Article D633-19-5

Par exception aux dispositions de l'article D. 633-1, les cotisations afférentes à la dernière année civile d'activité du conjoint collaborateur qui a choisi l'option prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2 cessent d'être dues au 31 décembre de cette année ou à compter de la date de cessation d'activité du chef d'entreprise si celle-ci est antérieure au 31 décembre de cette année.

Toutefois, par exception aux dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 633-19-3, le conjoint qui a choisi l'option prévue au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2 peut demander que cette option cesse de produire effet au 31 décembre précédant sa cessation d'activité. Il choisit alors, pour le calcul des cotisations afférentes à sa dernière année civile d'activité, l'une des options prévues aux 1° à 3° de l'article D. 633-19-2, dans les 60 jours suivant sa cessation d'activité. Les dispositions du dernier alinéa de l'article D. 633-19-3 sont applicables au choix prévu au présent alinéa.

Article D633-19-6

Les cotisations afférentes aux deux premières années civiles d'activité du conjoint collaborateur qui a choisi l'une des assiettes prévues aux 2° à 5° de l'article D. 633-19-2 sont calculées sur le revenu retenu pour le

calcul des cotisations dues par le chef d'entreprise pour ces années, pris en compte à hauteur du pourcentage et selon les modalités correspondant à l'option effectuée.

Article D633-19-7

Les dispositions des articles R. 131-1 et R. 242-14 ne sont pas applicables au conjoint collaborateur qui a choisi de cotiser sur le revenu forfaitaire mentionné au 1° de l'article D. 633-19-2.

Lorsque la cotisation provisoire du chef d'entreprise est calculée en application des dispositions de l'article R. 242-14, celle due par le conjoint collaborateur est calculée sur le même revenu que celui pris en compte pour la cotisation du chef d'entreprise, retenu à hauteur de la fraction et selon les modalités correspondant à l'option effectuée en application des dispositions des 2° à 5° de l'article D. 633-19-2.

Article D633-19-8

Les modalités prévues à l'article R. 633-71 sont celles définies aux articles D. 351-8 et D. 351-9 sous réserve de l'alinéa suivant :

Pour l'application du 3° de l'article D. 351-8, lorsque le conjoint collaborateur présentant la demande a cotisé, au cours de l'une des trois dernières années précédant sa demande, en qualité de conjoint collaborateur, l'assiette de cotisations retenue pour le calcul des cotisations du régime d'assurance vieillesse de base est assimilée à un revenu pour la détermination du tarif applicable.

Article D633-19-9

Les modalités d'échelonnement du versement en échéances mensuelles définies à l'article R. 633-70 sont celles prévues aux articles D. 351-11 et D. 351-12.

Article D633-19-10

Les modalités d'interruption du versement sont celles définies à l'article D. 351-14.

Section 3 : Dispositions d'application.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 4 : Prestations

Section 1 : Généralités

Article D634-1

Sont applicables aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, pour la période postérieure au 31 décembre 1972, les articles D. 254-4 et D. 254-6 ainsi que les dispositions du livre III, titre V, chapitres 1er à 5, à l'exception des articles R. 351-3, 1er alinéa, 3°, et dernier alinéa, R. 351-9, 1er au 5e alinéa, R. 351-11, R. 351-12, R. 351-19, R. 351-20, R. 351-22 (2°), R. 351-23, R. 351-24, R. 351-29, R. 351-36, 2e alinéa, R. 351-37-1 à R. 351-37-11, R. 351-39 à R. 351-44, R. 352-1 R. 355-2 et R. 355-4, deuxième et troisième alinéa, sous réserve des adaptations suivantes :

I.-Les références au régime général, au régime général de sécurité sociale et à la législation sur les assurances sociales sont remplacées par les références au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales et au régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales.

II.-Les références aux caisses du régime général de la sécurité sociale, aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail ou aux caisses chargées de la liquidation des prestations vieillesse des travailleurs salariés sont remplacées par les références aux caisses de base du régime social des indépendants.

III.-Les références au salaire annuel de base, salaire de base, salaires annuels et salaires sont remplacées par les références au revenu annuel moyen défini à l'article R. 634-1.

IV.-Les références à l'allocation aux vieux travailleurs salariés sont remplacées par les références à l'allocation aux vieux travailleurs non salariés.

V.-A l'article R. 351-9, dernier alinéa, la référence à la date du 1er janvier 1972 est remplacée par la référence à la date du 1er janvier 1973.

VI. # Les 2° et 3° du I de l'article D. 351-1-2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

2° Les périodes comptées comme périodes d'assurance en application du 4° de l'article D. 634-2, à l'exception des périodes validées dans les conditions prévues au d du 4° de l'article R. 351-12.

Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des pensions de retraite.

Article D634-2

Pour l'ouverture du droit à pension, sont prises en considération, sous réserve que les cotisations éventuellement dues au titre de l'année civile au cours de laquelle elles se situent aient été acquittées, les périodes postérieures au 31 décembre 1972 énumérées ci-dessous :

1° Le trimestre civil au cours duquel se situe le soixantième jour d'hospitalisation de l'assuré, un trimestre étant également décompté pour chaque nouvelle période d'hospitalisation de soixante jours ;

2° Chaque trimestre civil au cours duquel l'assuré a bénéficié, pour raison de santé, en application de l'article D. 633-9, d'une dispense de paiement de la cotisation correspondante ;

3° Chaque trimestre civil au titre duquel sont versés des arrérages d'une pension d'invalidité servie au titre d'un régime visé à l'article L. 635-2 ou comportant une échéance de paiement des arrérages d'une telle pension servie au titre de l'assurance volontaire prévue à l'article L. 742-1 ;

4° Chaque trimestre civil comportant au moins cinquante jours de chômage involontaire constaté ou de périodes de stage mentionnées au 8° de l'article L. 351-3 après la cessation de l'activité artisanale, industrielle et commerciale dans les conditions prévues à l'article R. 351-12, 4°, b, c, d et i ;

5° Chaque trimestre civil comportant une échéance de paiement des arrérages d'une rente d'accident du travail correspondant à une incapacité permanente au moins égale à 66 p. 100 servie au titre de l'assurance volontaire prévue à l'article L. 743-1 ;

6° Les périodes mentionnées à l'article R. 351-12, 4°, a, et 6°, dans le cas où l'intéressé était précédemment affilié au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales ou industrielles et commerciales.

L'application des dispositions précédentes ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valables au titre d'une même année civile.

Article D634-2-1

Lorsque le nombre de trimestres d'assurance validés à compter du 1er janvier 1973 au titre de l'exercice exclusif d'une activité professionnelle artisanale, industrielle ou commerciale est inférieur à quatre pour une année civile, l'assuré peut demander, en application de l'article L. 634-2-1, à procéder à un versement complémentaire de cotisations en vue de la validation de l'année entière.

L'assuré qui a exercé au cours d'une même année une ou plusieurs activités relevant des régimes obligatoires vieillesse des professions industrielles, commerciales et artisanales peut procéder au rachat.

La demande de rachat n'est recevable que si l'intéressé est à jour de ses cotisations obligatoires d'assurance vieillesse et invalidité-décès.

Le conjoint survivant, lorsque la pension de réversion n'a pas encore été liquidée, peut procéder au rachat auquel aurait eu droit l'assuré dans le délai d'un an à compter de la date du décès.

Article D634-2-2

Le montant de la cotisation complémentaire de rachat pour la validation d'un trimestre est calculé sur la base d'une assiette égale à la moyenne des revenus cotisés correspondant à la période d'activité professionnelle jusqu'au 1er janvier de l'année de la demande de rachat. Pour le calcul de la moyenne, il est fait application aux revenus cotisés des coefficients de majoration servant au calcul des pensions en vigueur à la date de rachat.

Le taux de la cotisation est celui en vigueur à la date de la demande de rachat.

La cotisation de rachat est minorée ou majorée selon des coefficients tenant compte de l'âge de l'intéressé à la date de la demande de rachat, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le montant reporté au compte de l'assuré est égal, pour chaque trimestre racheté, au résultat de la division du revenu ayant servi d'assiette à la cotisation de rachat par le produit des coefficients de majoration. Ces coefficients sont ceux applicables, à la date du rachat, aux revenus de l'année civile au titre de laquelle le rachat est effectué.

Article D634-2-3

La demande de rachat doit être effectuée dans les six ans qui suivent la date à laquelle les revenus professionnels sont définitivement connus, auprès du régime d'assurance vieillesse artisanal, industriel et commercial dont relevait l'assuré pendant la période en cause.

En cas de cessation d'activité, la demande de rachat doit être adressée au régime susmentionné dans le délai d'un an à compter de la date de cessation.

Lorsque l'assuré a changé de caisse d'affiliation à l'intérieur d'un même régime, la demande doit être présentée à la caisse dont il relève en dernier lieu.

Article D634-2-4

Le versement complémentaire mentionné à l'article L. 634-2-1 doit être effectué dans un délai de trois mois à compter de la notification du décompte de rachat à l'assuré par la caisse.

Si le versement de rachat intervient après une première liquidation de la pension, la révision des droits prend effet à compter du premier jour du mois civil suivant ledit versement de la cotisation.

Lorsque la totalité des cotisations dues au titre du rachat n'a pas été versée, celui-ci est annulé et les versements effectués sont remboursés à l'assuré.

Article D634-3

Les dispositions de l'article D. 351-2 sont applicables aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales mentionnés à l'article L. 634-2 pour le calcul des prestations afférentes aux périodes d'assurance postérieures au 31 décembre 1972.

Article D634-3-1

Pour l'exercice de la faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 634-2-2, sont applicables les dispositions des articles D. 351-3 à D. 351-14-1 sous réserve des dispositions suivantes :

1° La référence au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales est substituée à la référence au régime général de sécurité sociale ;

2° La référence à l'article L. 634-2-2 est substituée à la référence à l'article L. 351-14-1 ;

3° La référence au 1° du I de l'article L. 634-2-2 est substituée à la référence au 1° du I de l'article L. 351-14-1 ;

4° Au dernier alinéa de l'article D. 351-4, la référence à la caisse de base du régime social des indépendants dont relève l'intéressé à la date de la demande ou dont il a relevé en dernier lieu est substituée à la référence à la caisse visée à cet alinéa ;

5° A l'article D. 351-8, la référence au I de l'article D. 634-4-1 est substituée à la référence à l'article R. 351-29.

Article D634-4

Pour la détermination, en application de l'article L. 634-4, du revenu annuel moyen servant de base au calcul de la pension des assurés n'ayant pas accompli, sous réserve des dispositions de l'article D. 634-4-1, plus de vingt-cinq années d'assurance postérieurement au 31 décembre 1972, sont pris en considération les revenus professionnels correspondant aux cotisations versées, dans la limite du plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 241-3 en vigueur au cours de l'année considérée, au titre de l'ensemble des trimestres d'assurance accomplis à partir du 1er janvier 1973 et jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédant la date d'entrée en jouissance de la pension.

Toutefois, il n'est pas tenu compte, à moins que cette neutralisation ne soit défavorable à l'assuré, des revenus professionnels correspondant à des années civiles qui comportent deux trimestres ou plus de périodes assimilées à des périodes d'assurance en application de l'article D. 634-2.

Article D634-4-1

I. - La durée de vingt-cinq années fixée au premier alinéa de l'article D. 634-4 est applicable aux pensions prenant effet postérieurement au 31 décembre 2012 quelle que soit la date de naissance de l'assuré.

II. - En ce qui concerne les pensions prenant effet avant le 1er janvier 2013, la durée mentionnée au premier alinéa de l'article D. 634-4 est de :

Dix années pour l'assuré né avant le 1er janvier 1934 ;

Onze années pour l'assuré né en 1934 ou 1935 ;

Douze années pour l'assuré né en 1936 ou 1937 ;

Treize années pour l'assuré né en 1938 ou 1939 ;

Quatorze années pour l'assuré né en 1940 ou 1941 ;

Quinze années pour l'assuré né en 1942 ou 1943 ;

Seize années pour l'assuré né en 1944 ;

Dix-sept années pour l'assuré né en 1945 ;

Dix-huit années pour l'assuré né en 1946 ;

Dix-neuf années pour l'assuré né en 1947 ;

Vingt années pour l'assuré né en 1948 ;

Vingt et une années pour l'assuré né en 1949 ;

Vingt-deux années pour l'assuré né en 1950 ;

Vingt-trois années pour l'assuré né en 1951 ;

Vingt-quatre années pour l'assuré né en 1952.

III. - Par dérogation aux dispositions du I ci-dessus, le nombre d'années mentionné au premier alinéa de l'article D. 634-4 demeure fixé à vingt-quatre années pour les assurés nés en décembre 1952 et dont la pension prend effet au 1er janvier 2013 en application de l'article R. 351-37.

Article D634-5

L'assuré dont l'âge est au moins égal à celui prévu par le 1° de l'article L. 351-8 ou soixante-cinq ans s'il remplit, les conditions du 1° bis, 1° ter du même article, ou les conditions prévues au III ou au IV de l'article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, qui justifie, pour la période postérieure au 31 décembre 1972, de trimestres d'assurance dans le régime des professions artisanales ou dans celui des professions industrielles et commerciales bénéficie, en application de l'article L. 351-6, de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article R. 351-7, sans que cette majoration puisse avoir pour effet de porter au-delà de la durée d'assurance prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1 la durée totale des périodes d'assurance antérieures au 1er janvier 1973 et postérieures au 31 décembre 1972.

La majoration est applicable aux trimestres d'assurance postérieurs au 31 décembre 1972.

Le nombre total des trimestres d'assurance obtenus en application des deux alinéas précédents est éventuellement arrondi au chiffre immédiatement supérieur sans pouvoir excéder la durée d'assurance prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Article D634-6

Le montant minimum prévu à l'article L. 351-10 est attribué au titre des périodes d'assurance postérieures au 31 décembre 1972 dans les conditions fixées par l'article D. 351-2-1.

Toutefois, lorsque l'assuré justifie également de périodes d'assurance ou d'activité professionnelle non salariée antérieures au 1er janvier 1973, valables au titre du régime d'assurance vieillesse en vigueur au 31 décembre 1972, l'application dudit article L. 351-10 ne peut avoir pour effet de porter le total des pensions allouées au titre des périodes d'assurance antérieures et postérieures au 1er janvier 1973 à un montant supérieur au minimum de pension calculé au prorata de la durée totale d'assurance par rapport à la durée d'assurance prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1.

Article D634-7

Pour l'application de l'article L. 742-10, le montant minimum prévu à l'article L. 351-10 est calculé pour chacun des époux séparément en tenant compte d'une part de la durée d'assurance durant la période ayant donné lieu au partage de l'assiette des cotisations et d'autre part de la durée d'assurance accomplie par chaque époux hors la période de partage ou attribuée, le cas échéant, en application de l'article L. 351-4.

La durée d'assurance durant la période ayant donné lieu à partage est répartie entre les époux, selon l'option prévue à l'article D. 742-26, 3°, soit à concurrence des deux tiers pour le chef d'entreprise et du tiers pour le conjoint collaborateur, soit à concurrence de la moitié pour l'un et l'autre époux.

Article D634-8

Lorsqu'un assuré n'a accompli, postérieurement au 31 décembre 1972, aucune période d'assurance ayant donné lieu au versement de cotisations, mais qu'il justifie, postérieurement à cette date, de périodes assimilées en application de l'article D. 634-2, les prestations afférentes auxdites périodes sont calculées sur la base d'un revenu annuel égal, dans la limite du plafond visé à l'article L. 633-10 en vigueur au 1er

janvier 1973, à autant de fois un pourcentage dudit plafond que la dernière cotisation annuelle portée à son compte antérieurement au 1er janvier 1973 comporte de points. Ce pourcentage est fixé à 3 p. 100 en ce qui concerne le régime des professions artisanales et à 5 p. 100 en ce qui concerne le régime des professions industrielles et commerciales. Le revenu ainsi déterminé est majoré en appliquant les coefficients fixés, pour la majoration des revenus, pour l'application de l'article L. 634-5.

Article D634-9

Pour l'application des dispositions de l'article R. 351-26, sont totalisés le montant annuel de la pension de vieillesse à laquelle l'assuré pourrait prétendre au titre des périodes d'assurance postérieures au 31 décembre 1972, le montant de l'avantage de vieillesse auquel il pourrait prétendre au titre des périodes d'assurance et d'activité non salariée antérieures au 1er janvier 1973 et, le cas échéant, le montant de l'avantage de conjoint dû au titre de ces dernières périodes.

Article D634-10

Les assurés titulaires d'une pension d'invalidité servie au titre d'un régime visé à l'article L. 635-2 ont droit, à partir du premier jour du mois suivant l'âge prévu par l'article L. 161-17-2, à la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail, laquelle se substitue, dans les conditions fixées par ledit régime, à leur pension d'invalidité.

Lorsque le montant de la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail en remplacement de la pension d'invalidité dont l'assuré était titulaire à l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 est inférieur au montant de cette deuxième pension, il est attribué, le cas échéant, à compter du 1er janvier 1979, une allocation différentielle dans les conditions définies par le règlement du régime d'assurance invalidité-décès dont relève l'intéressé.

Section 3 : Service des pensions de vieillesse.

Article D634-11-1

Pour l'application de l'article L. 634-6, le service d'une pension de vieillesse est assuré à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré a cessé définitivement son activité professionnelle non salariée relevant du présent titre. L'assuré doit établir qu'il se trouve dans cette situation par tout mode de preuve, notamment par la production :

- a) D'un certificat de radiation du registre du commerce et des sociétés, du répertoire des métiers ou du registre des entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ou d'un certificat de cessation d'activité du chef d'entreprise délivré par la chambre de métiers et de l'artisanat de région ;
- b) D'une attestation de radiation des rôles de la taxe professionnelle ;
- c) D'une attestation de radiation du répertoire national des agents commerciaux.

Par dérogation au premier alinéa, la pension peut être servie sans cessation préalable de l'activité dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

-lorsque l'assuré déclare vouloir exercer, postérieurement à l'entrée en jouissance de sa pension, une activité relevant des régimes du présent titre et procurant des revenus inférieurs aux seuils prévus à l'article D. 634-11-2 ;

-lorsque l'assuré remplit les conditions prévues aux troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 634-6, sous réserve d'adresser à la caisse qui assure le service de la pension, dans le mois suivant la date d'entrée en jouissance de la pension, une déclaration qui précise la nature de l'activité reprise ainsi qu'une attestation sur l'honneur énumérant les différents régimes mentionnés au troisième alinéa de l'article précité dont il a relevé et certifiant qu'il est entré en jouissance de toutes ses pensions de vieillesse personnelles.

En cas de reprise d'activité, le service de la pension est maintenu dès lors que l'assuré remplit les conditions prévues au sixième ou au septième alinéa du présent article. L'assuré produit les documents prévus au septième alinéa dans le mois suivant la reprise d'activité.

La pension liquidée n'est pas susceptible d'être révisée pour tenir compte du versement de cotisations afférentes à des périodes d'activité relevant du premier alinéa de l'article L. 634-6.

Article D634-11-2

Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 634-6, les revenus professionnels annuels non salariés définis à l'article L. 131-6 procurés par l'exercice d'une activité par l'assuré postérieurement à l'entrée en jouissance de sa pension ne doivent pas excéder la moitié du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 633-10, rapportée à la durée de cet exercice lorsque cette durée est inférieure à un an. Lorsque l'assuré poursuit son activité conformément au sixième alinéa de l'article D. 634-11-1, les revenus pris en compte sont également rapportés à la durée de cet exercice, lorsque celle-ci est inférieure à un an.

Toutefois dans les zones de revitalisation rurales et dans les zones urbaines sensibles visées, respectivement, à l'article 1465 A et au I de l'article 1466 A du code général des impôts, cette limite est fixée au plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 633-10.

Pour la détermination de la durée d'exercice mentionnée au premier alinéa, il n'est pas tenu compte des mois civils suivant celui au cours duquel l'assuré remplit les conditions prévues aux troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 634-6.

Article D634-11-3

La caisse compétente mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 634-6 est la caisse qui assure le service de la pension.

Article D634-11-4

Les caisses gérant les régimes d'assurance vieillesse relevant du présent titre rappellent avant la liquidation de la pension, puis, chaque année, aux assurés l'obligation de déclaration en cas de reprise d'activité ainsi que les règles prévues par l'article L. 634-6.

Article D634-11-5

Les caisses signalent à l'assuré le dépassement des seuils prévus à l'article D. 634-11-2. L'assuré dispose d'un délai d'un mois pour faire valoir ses observations. La suspension de la pension est notifiée par la caisse à l'expiration de ce délai. Elle prend effet au premier jour du mois suivant l'envoi à l'assuré de la notification, pour un nombre de mois égal au rapport entre le montant du dépassement constaté et le montant mensuel net de la pension, arrondi à l'entier inférieur, sans que ce nombre puisse être inférieur à un ni supérieur à un nombre de mois durant lesquels, au cours de l'année pour laquelle le dépassement est constaté, l'assuré a poursuivi ou repris une activité artisanale ou commerciale dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 634-6.

Article D634-11-6

A défaut de déclaration de la reprise d'activité, le service de la pension est suspendu, à titre conservatoire, jusqu'à ce que la déclaration soit effectuée par l'assuré.

Article D634-13

Les pensions d'assurance vieillesse de base servies par le régime des professions artisanales et par le régime des professions industrielles et commerciales ainsi que leurs majorations et accessoires sont payables mensuellement et à terme échu à une date fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D634-13-1

L'assuré qui transmet son entreprise entre l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 et celui prévu par ce même article augmenté de cinq années est autorisé, en application de l'article L. 634-6-1, à y poursuivre une activité rémunérée, tout en percevant ses prestations de vieillesse liquidées au titre d'un régime obligatoire, pendant une durée de six mois. Ce délai prend effet au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenue la transmission.

L'assuré atteste la transmission par tous moyens. Celle-ci ne peut être antérieure, notamment, à la vente ou à la promesse de vente du fonds par acte authentique, à la mise en location-gérance, à la cession par le requérant de tout ou partie de ses droits ou parts sociales de telle sorte que les droits ou parts conservés soient inférieurs à ceux du repreneur.

Au cours de la période de six mois mentionnée au premier alinéa, le service de la pension est suspendu à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions fixées au deuxième alinéa ne sont plus remplies.

A l'issue de la période de six mois, le service de la pension est effectué dans les conditions prévues aux articles R. 634-3 et R. 634-4.

Article D634-13-2

L'assuré qui cède une entreprise commerciale, artisanale ou de services au sens de l'article L. 129-1 du code de commerce s'engage avec son repreneur dans des actions de tutorat définies par convention respectant les conditions prévues par le décret n° 2007-478 du 29 mars 2007 pris pour l'application de l'article L. 129-1 du code de commerce et relatif au tutorat en entreprise et bénéficie d'une rémunération à ce titre est autorisé à percevoir ses prestations de vieillesse.

Toutefois, la durée maximale de cumul de la prestation vieillesse et de la rémunération de tutorat est fixée à douze mois ; les fractions de mois civil antérieures ou postérieures aux dates d'effet de début et de fin de la convention de tutorat n'étant pas prises en compte pour l'appréciation de la période de douze mois.

Section 4 : Pensions de réversion.

Article D634-14

Pour l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 353-1 relatives au montant minimum de la pension de réversion, il est tenu compte, le cas échéant, du montant cumulé de la pension de réversion allouée au titre des périodes d'assurance postérieures au 31 décembre 1972 dont justifiait l'assuré décédé et de l'avantage de réversion alloué au titre des périodes d'assurance et d'activité non salariée de l'assuré antérieures au 1er janvier 1973.

Article D634-14-1

Pour l'application des dispositions de l'article R. 634-5 aux pensions de réversion liquidées au 1er janvier 2013, premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assuré est décédé, le nombre d'années mentionné à l'article D. 634-4 du code de la sécurité sociale demeure fixé à vingt-quatre.

Section 5 : Retraite progressive

Article D634-15

L'assuré qui demande la liquidation de sa pension de vieillesse et le service d'une fraction de celle-ci en application de l'article L. 634-3-1 produit à l'appui de sa demande :

1. Une déclaration sur l'honneur attestant qu'il n'exerce qu'une activité professionnelle artisanale, industrielle et commerciale à temps réduit. Cette déclaration est accompagnée, lorsque l'assuré exerçait d'autres activités salariées ou non salariées, des attestations ou certificats suivants :

a) Une attestation du dernier employeur, public ou privé, dont il relevait antérieurement à la date d'entrée en jouissance de la pension, mentionnant la date de cessation de toute activité de l'assuré auprès de cet employeur ;

b) Un certificat de radiation du registre du commerce et des sociétés, du répertoire des métiers ou du registre des entreprises des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, ou un certificat de cessation d'activité du chef d'entreprise délivré par la chambre des métiers ;

c) Une attestation de radiation du tableau de l'ordre professionnel dont il relevait ;

d) Une attestation de radiation des rôles de la taxe professionnelle ;

e) Une attestation de radiation du répertoire national des agents commerciaux ;

f) Une attestation de cessation d'activité délivrée par la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle il était affilié en qualité de personne non salariée des professions agricoles ;

2. A partir de la deuxième année de retraite progressive et avant le 1er juillet de chaque année, une copie de sa déclaration fiscale des revenus de l'année précédente.

Article D634-16

La fraction de pension de vieillesse servie en application de l'article L. 634-3-1 est égale à la différence entre 100 % et la fraction de réduction des revenus tirés de l'activité artisanale, industrielle ou commerciale, sans que la fraction de cette réduction ne puisse être inférieure à 40 % et supérieure à 80 %.

Le pourcentage de réduction des revenus est calculé au 1er juillet de chaque année en fonction du rapport existant entre les revenus de l'année précédente tels qu'ils sont retenus pour l'assiette de l'impôt sur le revenu et la moyenne de ces mêmes revenus professionnels des cinq années précédant la demande de retraite progressive actualisés en fonction des coefficients de revalorisation visés à l'article L. 634-5.

Article D634-17

Le service de la fraction de pension prend effet au 1er janvier qui suit la demande.

Article D634-18

Pendant la première année et le premier semestre de l'année suivante, la fraction de pension de vieillesse est fixée à titre provisionnel au taux de 50 % des revenus tirés de l'activité artisanale, industrielle ou commerciale.

A compter du 1er juillet de la deuxième année et chaque 1er juillet, il est éventuellement procédé à la révision de la fraction de pension en fonction du rapport défini au deuxième alinéa de l'article D. 634-16. La caisse procède alors selon les cas au remboursement à l'assuré des sommes restant dues, ou recouvre les sommes trop perçues par l'assuré. Les sommes trop perçues sont imputées le cas échéant sur les mois d'arrérages suivants pour un montant égal.

Si le revenu tiré de l'activité professionnelle n'est pas réduit d'au moins 20 p. 100 par rapport à la moyenne des revenus actualisés visés à l'article D. 634-16, deuxième alinéa, le service de la fraction de pension est supprimé à titre définitif. Les prestations trop perçues sont recouvrées par la caisse soit en un seul versement, soit dans les conditions précisées au précédent alinéa.

La suppression de la pension prend effet au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenue la cessation ou la modification de l'activité professionnelle.

Article D634-19

Les dispositions de l'article R. 351-39, du second alinéa de l'article R. 351-41 du premier alinéa de l'article R. 351-43, R. 351-44 et D. 351-15 sont applicables aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 3 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales

Chapitre 5 : Régime complémentaire d'assurance vieillesse. # Régimes d'assurance invalidité-décès

Section 1 : Régime complémentaire d'assurance vieillesse

Sous-section 1 : Dispositions communes

Article D635-1

La Caisse nationale du régime social des indépendants assure la gestion du régime complémentaire obligatoire des professions artisanales, industrielles et commerciales mentionnés à l'article L. 635-1. Ce régime attribue des avantages révisables chaque année, selon les ressources qui lui sont affectées.

Article D635-2

La cotisation annuelle au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse est calculée suivant les modalités prévues aux premier, deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6-2. Elle est recouvrée dans les conditions prévues aux articles R. 133-26 et R. 133-27 et sous les garanties de la cotisation vieillesse de base.

Les dispositions de l'article D. 633-9 sont applicables au paiement de la cotisation provisionnelle du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité dans les régimes institués par l'article L. 635-5 est exonéré du paiement de toute cotisation d'assurance vieillesse complémentaire.

Article D635-4

Les périodes d'activité professionnelle ayant fait l'objet d'un versement complémentaire de rachat dans le régime d'assurance vieillesse de base peuvent faire l'objet d'un rachat dans le régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire. L'assiette et le taux de la cotisation sont déterminés dans les conditions prévues à l'article D. 634-2-2, et les versements s'effectuent dans les conditions prévues aux articles D. 634-2-3 et D. 634-2-4.

Article D635-5

Le règlement mentionné à l'article L. 635-3 est approuvé par le ministre chargé de la sécurité sociale. Le ministre chargé du budget peut signifier par lettre au ministre chargé de la sécurité sociale son opposition à cette approbation dans le délai mentionné à l'article R. 226-4.

Article D635-6

Un prélèvement sur les cotisations du régime complémentaire, dont le montant est décidé chaque année par le conseil d'administration de la caisse nationale, alimente le fonds d'action sociale mentionné à l'article L. 635-3. Ce fonds est notamment destiné à prendre en charge ou à faire l'avance des cotisations des assurés qui seraient momentanément empêchés de les régler par suite de circonstances exceptionnelles, dans les conditions fixées par le règlement de la caisse. Sa part dans le total des cotisations ne peut excéder 2 %.

Article D635-7

Le taux de la cotisation annuelle du régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales est fixé à :

1° 7,0 % pour la part du revenu d'activité n'excédant pas le plafond prévu au quatrième alinéa du présent article ;

2° 8,0 % pour la part du revenu d'activité excédant le seuil fixé au 1°, dans la limite de quatre fois la valeur du plafond de la sécurité sociale déterminée conformément à l'article D. 612-6.

Au titre de l'exercice 2013, le montant du plafond mentionné au 1° est fixé au plafond annuel prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier 2013. Pour les années suivantes, ce montant est indexé sur la dernière valeur du revenu de référence, dans la limite du coefficient annuel de revalorisation des pensions fixé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1. En cas de période d'affiliation inférieure à une année, la valeur du plafond mentionné au 1° est réduite au prorata de la durée d'affiliation.

Pour les aides familiaux mentionnés au 2° de l'article R. 622-2, la cotisation annuelle est assise sur un revenu égal au tiers de la valeur du plafond de la sécurité sociale déterminée conformément à l'article D. 612-6 ou sur un revenu égal à celui du chef d'entreprise, si celui-ci est inférieur.

Article D635-8

La revalorisation de la valeur de service du point de retraite mentionnée au second alinéa de l'article L. 635-1 ne peut excéder le coefficient annuel de revalorisation des pensions fixé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

Article D635-9

Le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants élabore tous les six ans un rapport actuariel sur la situation financière du régime à court, moyen et long terme. Ce rapport est adressé au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Le conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des indépendants délibère tous les six ans sur les règles d'évolution des valeurs du revenu de référence et de service du point applicables pour les six années suivantes. Il propose également au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget la fixation du taux de cotisation applicable pour la période.

Ces règles sont déterminées de sorte que :

1° Le délai prévisionnel d'épuisement des réserves du régime ne puisse être inférieur à la valeur entière de l'espérance de vie résiduelle de la génération qui atteint l'âge prévu à l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, au moment de l'élaboration desdites règles. Cette espérance de vie est déterminée sur la base des tables de mortalité homologuées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, établies par sexe et applicables au calcul des rentes viagères, en pondérant par les effectifs de chaque sexe.

2° Le rapport entre, d'une part, les cotisations prévisionnelles encaissées dans l'année immédiatement postérieure à l'élaboration des règles, établies sur la base de l'assiette des dernières cotisations encaissées et du taux de cotisation de l'année postérieure, et, d'autre part, la valeur actuelle probable des prestations futures actualisées qui découleront de ces cotisations soit supérieur à 1.

Les règles d'évolution des valeurs du revenu de référence et de service du point sont insérées dans le règlement du régime.

A l'issue d'une période de trois ans à compter de l'élaboration desdites règles, le conseil d'administration se réunit afin d'effectuer un bilan d'étape. Ce bilan d'étape peut conduire à modifier les règles d'évolution des valeurs du revenu de référence et de service du point pour les trois années à venir. Dans le cas où la revalorisation des pensions au titre des trois premiers exercices du bilan a été inférieure à celle qui aurait découlé d'une revalorisation dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1, ce bilan d'étape peut également conduire à une revalorisation exceptionnelle de la valeur de service, dans la limite du montant qui aurait été atteint en cas de revalorisation dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 pour les trois exercices écoulés. Le revenu de référence est revalorisé dans les mêmes proportions.

Le règlement mentionné à l'article L. 635-3 précise les indicateurs de suivi et les hypothèses de calcul retenues pour l'élaboration des bilans.

Sous-section 2 : Dispositions propres aux conjoints d'artisans et commerçants.

Article D635-10-1

Les cotisations des conjoints collaborateurs des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales sont définies et recouvrées dans les conditions prévues aux sous-sections précédentes de la présente section, sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

Article D635-10-2

La cotisation d'assurance vieillesse complémentaire du conjoint collaborateur est calculée sur le revenu retenu pour le calcul de sa cotisation d'assurance vieillesse de base, dans les limites prévues à l'article D. 635-7.

Lorsque la cotisation d'assurance vieillesse de base est calculée conformément aux dispositions du 4° ou du 5° de l'article D. 633-19-2, le revenu sur lequel la cotisation d'assurance vieillesse complémentaire du conjoint collaborateur est calculée est déduit du revenu retenu pour déterminer l'assiette de celle du chef d'entreprise.

Section 2 : Régimes d'assurance invalidité-décès

Sous-section 1 : Dispositions communes

Article D635-11

La Caisse nationale du régime social des indépendants assure la gestion des régimes d'assurance invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales dont les règlements prévus à l'article L. 635-6 sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le ministre chargé du budget peut toutefois signifier par lettre au ministre chargé de la sécurité sociale son opposition à une telle approbation dans un délai d'un mois à compter de la délibération de la caisse.

Article D635-12

La cotisation annuelle au régime d'assurance invalidité-décès est assise sur les revenus définis par l'article L. 131-6, dans la limite du plafond de la sécurité sociale. La valeur de ce plafond est déterminée conformément à l'article D. 612-6. Sous réserve des dispositions des articles D. 635-15 à D. 635-17, elle est recouvrée dans les conditions prévues aux articles R. 133-26 et R. 133-27 et sous les garanties de la cotisation vieillesse de base, y compris les dispositions de l'article D. 633-9. La cotisation annuelle ne peut être calculée sur une assiette inférieure à 11,5 % de la valeur du plafond de la sécurité sociale déterminée conformément à l'article D. 612-6.

Article D635-14

Un prélèvement sur les cotisations du régime d'assurance invalidité-décès, dont le montant est décidé chaque année par le conseil d'administration de la caisse nationale, alimente le fonds d'action sociale. Ce fonds est notamment destiné à prendre en charge ou à faire l'avance des cotisations des assurés qui seraient momentanément empêchés de les régler par suite de circonstances exceptionnelles, dans les conditions fixées par le règlement de la caisse. Sa part dans le total des cotisations ne peut excéder 2 %.

Sous-section 2 : Dispositions propres au régime invalidité-décès des artisans

Article D635-15

Le taux de la cotisation annuelle au régime d'assurance invalidité-décès des artisans est fixé à 1,3 %.

Article D635-16

Pour les aides familiaux, la cotisation annuelle est assise sur un revenu égal au tiers du plafond mentionné à l'article L. 241-3 ou sur un revenu égal à celui du chef d'entreprise, si ce dernier est inférieur.

Sous-section 3 : Dispositions propres au régime invalidité-décès des industriels et commerçants

Article D635-17

Le taux de la cotisation annuelle au régime d'assurance invalidité-décès des industriels et commerçants est fixé à 1,3 %.

Sous-section 4 : Dispositions relatives aux conjoints d'artisans et commerçants.

Article D635-18

Les cotisations des conjoints collaborateurs des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales sont définies et recouvrées dans les conditions prévues aux sous-sections précédentes de la présente section, sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

Article D635-19

La cotisation d'assurance invalidité-décès du conjoint collaborateur est calculée sur le revenu retenu pour le calcul de sa cotisation d'assurance vieillesse de base. Son montant ne peut être inférieur à celui qui serait dû au titre d'un revenu égal à l'assiette minimale fixée à l'article D. 635-12.

Lorsque la cotisation d'assurance vieillesse de base du conjoint est calculée selon les modalités prévues au 4° ou au 5° de l'article D. 633-19-2, le revenu sur lequel la cotisation d'assurance invalidité-décès du conjoint est calculée est déduit du revenu retenu pour déterminer l'assiette de celle du chef d'entreprise.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 1 : Organisation administrative

Section 1 : Caisse nationale

Article D641-1

Un commissaire du Gouvernement, représentant le ministre chargé de la sécurité sociale, assiste aux séances du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales où il est entendu chaque fois qu'il le demande.

Article D641-2

I.-Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 641-4, le conseil d'administration, lors de sa première réunion de chaque année civile, fixe le nombre de voix dont dispose chaque président de section professionnelle en fonction du nombre de personnes immatriculées dans chaque section professionnelle, au 30 juin de l'année précédente, à titre de cotisant, d'assujetti dispensé de cotisation ou d'allocataire titulaire de droits propres, à raison d'une voix pour les sections professionnelles dont le nombre de personnes immatriculées est au plus égal à 20 000, de deux voix pour les sections professionnelles dont le nombre de personnes immatriculées est compris entre 20 001 et 50 000, de trois voix pour les sections professionnelles dont le nombre de personnes immatriculées est compris entre 50 001 et 90 000, de quatre voix pour les sections professionnelles dont le nombre de personnes immatriculées est compris entre 90 001 et 150 000, de cinq voix pour les sections professionnelles dont le nombre de personnes immatriculées est compris entre 150 001 et 230 000 et de six voix pour les sections professionnelles dont le nombre de personnes immatriculées est supérieur à 230 000.

II.-Les six sièges des représentants des organisations syndicales interprofessionnelles des professions libérales sont répartis, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, en fonction des voix obtenues par chacune d'entre elles aux dernières élections mentionnées aux articles R. 611-28 et suivants. Il est affecté deux sièges à l'organisation ayant obtenu le plus grand nombre de voix, les autres sièges étant répartis suivant la règle de la plus forte moyenne.

L'arrêté mentionné à l'alinéa précédent est pris dans les deux mois qui suivent la publication des résultats des élections.

A l'occasion du premier conseil d'administration suivant la publication de l'arrêté mentionné à l'alinéa précédent, chaque organisation disposant d'au moins un siège désigne son ou ses représentants. Ne

peuvent être désignées que les personnes ayant la qualité d'électeur pour l'élection des membres du conseil d'administration d'une section professionnelle en application de l'article R. 641-9, à l'exception des administrateurs de ces conseils.

En cas de démission, de décès ou si l'intéressé perd la qualité d'électeur mentionnée au précédent alinéa, l'organisation syndicale désigne un nouveau représentant pour la durée du mandat restant à courir.

Chacun des représentants des organisations syndicales dispose d'une voix au conseil d'administration.

III.-Les voix d'un administrateur ne peuvent être fractionnées à l'occasion des votes.

Le conseil délibère valablement en présence de la majorité des membres qui le composent représentant la majorité des voix.

En cas de modification des règles de calcul du nombre de voix postérieurement à la réunion du conseil d'administration mentionnée au premier alinéa, le nombre de voix dont dispose chaque administrateur en vertu des règles nouvelles est fixé pour l'année en cours par le conseil d'administration lors de sa plus prochaine réunion suivant l'entrée en vigueur de ces règles.

Article D641-3

Les délibérations ayant pour objet la modification des statuts sont adoptées à la majorité des membres du conseil représentant au moins les deux tiers des voix. Les autres décisions sont prises à la majorité des voix.

En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Article D641-4

Dans le mois qui suit son élection, chaque président de section professionnelle désigne son suppléant parmi les administrateurs de la section à laquelle il appartient au conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales. Celui-ci ne peut être choisi parmi les anciens présidents de la section professionnelle.

Article D641-5

Les statuts de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 2 : Sections professionnelles

Article D641-6

L'arrêté prévu à l'article L. 641-5 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Section 3 : Dispositions communes

Article D641-7

Sont déclarés démissionnaires d'office par le conseil d'administration de la caisse nationale ou des sections professionnelles les membres desdits conseils qui, sans motif valable, n'ont pas assisté à trois séances consécutives.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 2 : Organisation financière

Section 1 : Cotisations

Sous-section 1 : Cotisations des professionnels libéraux.

Article D642-1

Les cotisations mentionnées à l'article L. 642-1 sont dues, sous réserve des dispositions de l'article L. 131-6-1, à compter du premier jour du trimestre civil qui suit le début d'activité et jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel la radiation intervient.

Les cotisations sont exigibles annuellement et d'avance.

Les frais de versement des cotisations sont à la charge de la partie payante.

Article D642-3

Le taux de cotisation prévu au sixième alinéa de l'article L. 642-1 est égal :

1° A 8,23 % sur les revenus définis à l'article L. 642-2 pour la part de ces revenus n'excédant pas le plafond annuel prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation est due ;

2° A 1,87 % sur les revenus définis à l'article L. 642-2 pour la part de ces revenus n'excédant pas cinq fois le plafond annuel prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation est due.

En cas de période d'affiliation inférieure à une année, les plafonds prévus aux 1° et 2° ci-dessus sont réduits au prorata des trimestres d'affiliation.

Article D642-4

En application du sixième alinéa de l'article L. 642-1, le montant de la cotisation annuelle ne peut être calculée sur une assiette inférieure à 11,5 % de la valeur annuelle du plafond de la sécurité sociale, tel que prévu à l'article L. 241-3, en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la cotisation annuelle est due. En cas de période d'affiliation inférieure à une année, cette valeur n'est pas réduite au prorata de la durée d'affiliation. Le présent alinéa s'applique aux assurés dont la durée d'affiliation est au moins égale à quatre-vingt-dix jours au cours de cette même année.

Sous-section 2 : Cotisations des conjoints collaborateurs des professionnels libéraux.

Article D642-5-1

Les cotisations des conjoints collaborateurs des professionnels libéraux sont définies et recouvrées dans les conditions prévues au présent chapitre sous réserve des dispositions de la présente sous-section.

Article D642-5-2

Le conjoint collaborateur peut demander que sa cotisation soit calculée :

1° Soit sur un revenu forfaitaire égal à la moitié de la limite supérieure de la première tranche de revenu mentionnée à l'article L. 642-1 ;

2° Soit sur 25 % ou sur 50 % du revenu d'activité pris en compte pour déterminer l'assiette de la cotisation du professionnel libéral mentionné au 1° de l'article L. 642-2-1 ;

3° Soit sur une fraction fixée à un quart ou à la moitié du revenu d'activité pris en compte pour déterminer l'assiette de la cotisation du professionnel libéral mentionné au 2° de l'article L. 642-2-1. Dans ce cas, les limites des deux tranches de revenu mentionnées à l'article L. 642-1 sont réduites dans cette proportion pour le conjoint et le professionnel libéral.

Le montant de cette cotisation ne peut être inférieur à celui prévu à l'article D. 642-4.

Article D642-5-3

Le choix de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations défini à l'article D. 642-5-2 est effectué par le conjoint collaborateur par écrit au plus tard soixante jours suivant l'envoi de l'avis de l'affiliation et avant tout versement des cotisations. Cette demande est contresignée du professionnel libéral si ce choix est celui prévu au 3° de l'article D. 642-5-2. Si aucun choix n'est effectué, les cotisations sont calculées sur le revenu forfaitaire mentionné au 1° de l'article D. 642-5-2.

Le choix de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations en vertu de l'alinéa ci-dessus s'applique pour les cotisations dues au titre de l'année du début d'activité et des deux années civiles suivantes. Sauf demande contraire du conjoint collaborateur effectuée par écrit au plus tard avant le 1er décembre de la dernière de ces

années ou, s'il s'agit du revenu prévu au 3° de l'article D. 642-5-2, du conjoint collaborateur et de l'assuré, il est reconduit pour une durée de trois ans renouvelable dans les mêmes conditions.

Article D642-5-4

Par dérogation aux dispositions de l'article D. 642-1, les cotisations afférentes à la première année civile d'activité du conjoint collaborateur qui choisit le revenu mentionné au 3° de l'article D. 642-5-2 sont dues à compter du 1er janvier de cette année ou à compter de la date d'effet de l'affiliation du professionnel libéral si celle-ci est postérieure au 1er janvier.

Article D642-5-5

Par dérogation aux dispositions de l'article D. 642-1, les cotisations afférentes à la dernière année civile d'activité du conjoint collaborateur qui choisit le revenu mentionné au 3° de l'article D. 642-5-2 cessent d'être dues à compter du 31 décembre de cette année ou à compter de la date d'effet de la radiation du professionnel libéral si celle-ci est antérieure au 31 décembre.

Article D642-5-6

Lorsque la cotisation du professionnel libéral est calculée à titre provisionnel sur le revenu forfaitaire mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2, celle due par le conjoint collaborateur qui a choisi le calcul mentionné au 2° ou au 3° de l'article D. 642-5-2 est calculée selon les modalités définies aux 2° et 3° de l'article D. 642-5-2 sur la base du même revenu.

Article D642-5-7

Les dispositions de l'article R. 242-14 ne sont pas applicables au conjoint collaborateur qui a choisi de cotiser sur le revenu forfaitaire mentionné au 1° de l'article D. 642-5-2.

Lorsque la cotisation provisionnelle du professionnel libéral est calculée en application des dispositions de l'article R. 242-14, celle due par le conjoint collaborateur est calculée selon les modalités définies au 2° ou au 3° de l'article D. 642-5-2.

Article D642-5-8

Lorsque le professionnel libéral est exonéré du paiement de ses cotisations en application de l'article L. 642-3, le conjoint collaborateur reste redevable de sa cotisation.

Section 2 : Recouvrement

Article D642-6

Ne font pas l'objet de la régularisation prévue au troisième alinéa de l'article L. 642-2 les cotisations des assurés qui, l'année au cours de laquelle la régularisation aurait dû être opérée par une section professionnelle, soit n'exercent aucune activité relevant de ladite section, soit ont fait liquider leurs droits à pension de retraite de base.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux cotisations des assurés assises sur un revenu estimé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 642-2.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 3 : Affiliation - Prestations de base

Section 2 : Ouverture des droits et liquidation des prestations de base.

Article D643-1

Le versement de la cotisation annuelle correspondant au plafond de revenu fixé au 1° de l'article D. 642-3 ouvre droit à l'attribution de 525 points de retraite.

Le versement de la cotisation annuelle correspondant au plafond de la tranche des revenus définie au 2° de l'article D. 642-3 ouvre droit à l'attribution de 25 points de retraite.

Le nombre de points acquis est calculé au prorata des cotisations acquittées sur chacune des tranches de revenus définies à l'article D. 642-3, arrondi à la décimale la plus proche.

Le nombre de points attribué en application du dernier alinéa de l'article L. 642-1 est de 400.

Le nombre de points supplémentaires attribué en application du troisième alinéa de l'article L. 643-1 est égal à 100 sans que cette attribution puisse avoir pour effet de porter le nombre de points acquis dans le présent régime pour l'année considérée au-delà de 550.

L'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, prévue au quatrième alinéa de l'article L. 643-1, est appréciée suivant le guide-barème annexé au décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale et le décret n° 77-1549 du 31 décembre 1977.

Le nombre de points supplémentaires attribués à ce titre est égal à 200 par année civile au titre de laquelle l'obligation prévue à l'alinéa ci-dessus est remplie.

La valeur de service du point est égale à 0,493 euros pour les prestations servies au titre de l'année 2005.

Le versement de cotisations effectué en application de l'article L. 643-2-1 n'ouvre pas droit à l'attribution de points de retraite supplémentaires.

Article D643-2

Sont comptées comme périodes d'assurance dans le régime :

- 1° Les périodes ayant donné lieu au versement effectif des cotisations ;
- 2° Les périodes ayant donné lieu aux exonérations de cotisations prononcées en application de l'article L. 642-3 ;
- 3° Les périodes de mobilisation et de captivité mentionnées à l'article L. 161-19, et les périodes de service national légal ;
- 4° Les périodes ayant donné lieu au versement prévu à l'article L. 643-2-1 ;
- 5° Les périodes attribuées par le présent régime au titre de la majoration de durée d'assurance pour enfant mentionnée à l'article L. 643-1-1.

Article D643-3

Pour la période comprise entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2013, il y a lieu de retenir autant de trimestres que les revenus professionnels ayant servi d'assiette au calcul des cotisations représentent de fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée calculé sur la base de 200 heures, avec un maximum de quatre trimestres par année civile d'affiliation.

Pour la période postérieure au 31 décembre 2013, il y a lieu de retenir autant de trimestres d'assurance que les revenus professionnels ayant servi d'assiette au calcul des cotisations représentent de fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée calculé sur la base de 150 heures, avec un maximum de quatre trimestres par année civile d'affiliation.

L'application des dispositions des 2° et 3° de l'article D. 643-2 ne peut avoir pour effet de porter à un chiffre supérieur à quatre le nombre de trimestres d'assurance valable au titre d'une même année civile d'affiliation.

Article D643-4

Pour l'exercice de la faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 643-2, sont applicables les dispositions des articles D. 351-3 à D. 351-6 et D. 351-10 à D. 351-14-1 sous réserve des dispositions suivantes :

- 1° La référence au régime d'assurance vieillesse des professions libérales est substituée à la référence au régime général de sécurité sociale ;
- 2° La référence à l'article L. 643-2 est substituée à la référence à l'article L. 351-14-1 ;
- 3° La référence au 1° du I de l'article L. 643-2 est substituée à la référence au 1° du I de l'article L. 351-14-1 ;
- 4° Abrogé ;
- 5° A l'avant-dernier alinéa de l'article D. 351-4, la référence à l'immatriculation de l'intéressé à la section professionnelle mentionnée à l'article R. 641-1 est substituée à la référence au report d'un salaire au compte de l'assuré ;

6° Au dernier alinéa de l'article D. 351-4, la référence à la section professionnelle mentionnée à l'article R. 641-1 dont relève l'intéressé à la date de la demande ou dont il a relevé en dernier lieu est substituée à la référence à la caisse mentionnée à cet alinéa ;

7° La référence à l'article D. 643-5 est substituée à la référence à l'article D. 351-7 ;

8° La référence à l'article D. 643-6 est substituée à la référence à l'article D. 351-8 ;

9° La référence à l'article D. 643-7 est substituée à la référence à l'article D. 351-9 ;

10° Pour l'application de l'article D. 351-14-1 :

a) Au 1° du II, le montant : " 670 euros " est remplacé par le montant : " 400 euros " ;

b) Au 2° du II, le montant : " 1 000 euros " est remplacé par le montant : " 590 euros ".

Article D643-5

Le versement prévu à l'article L. 643-2 peut être pris en compte :

1° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration prévu à l'article R. 643-7, sans que le versement donne lieu à l'attribution de points de retraite ;

2° Soit au titre de l'atténuation du coefficient de minoration prévu à l'article R. 643-7 et avec attribution d'un nombre de points de retraite égal, pour chaque trimestre au titre duquel le versement est pris en compte, au quart du nombre de points déterminé selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article D. 643-1 et correspondant aux cotisations calculées sur un revenu égal au revenu pris en compte pour le calcul de la pension de référence en application des dispositions du 3° de l'article D. 643-6.

Le choix de l'assuré est exprimé dans la demande et est irrévocable.

Article D643-6

En vue d'assurer la neutralité actuarielle du versement prévue à l'article L. 643-2, le montant du versement à effectuer au titre de chaque trimestre est égal, pour un âge donné, à la valeur, actualisée à l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande et majorée d'un coefficient forfaitaire représentatif des avantages de réversion, de la différence entre :

1° S'il est effectué au titre du 1° de l'article D. 643-5, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée trimestriellement, à terme échu, à l'âge de référence fixé à l'article D. 643-7 et calculée sur la base du produit de la valeur de service du point fixée au dernier alinéa de l'article D. 643-1, en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, par le quart du nombre annuel moyen de points déterminé selon les modalités prévues à ce même article, revalorisé par l'application du coefficient mentionné au 3° de l'article D. 643-7 et correspondant à quarante et une fois et demie le montant d'une cotisation sur un revenu annuel moyen correspondant au revenu mentionné au a, au b ou au c du 3° du présent article et, d'autre part, la somme actualisée de cette même pension minorée de 1,25 % ;

2° S'il est effectué au titre du 2° de l'article D. 643-5, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée trimestriellement, à terme échu, à l'âge de référence visé à l'article D. 643-7 et calculée sur la base du produit de la valeur de service du point fixée au dernier alinéa de l'article D. 643-1, en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, par le quart du nombre annuel moyen de points déterminé selon les modalités prévues à ce même article, revalorisé par l'application du coefficient mentionné au 3° de l'article D. 643-7 et correspondant à quarante et une fois trois quart le montant d'une cotisation sur un revenu annuel moyen correspondant au revenu mentionné au a, au b ou au c du 3° du présent article et, d'autre part, la somme actualisée de cette même pension correspondant à quarante et une fois et demie le montant de la même cotisation et minorée de 1, 25 % ;

3° Pour l'application des 1° et 2° du présent article, la pension de référence est déterminée en fonction de la moyenne annuelle du total des revenus d'activité non salariée et des salaires perçus par l'assuré au cours des trois dernières années. Le revenu d'activité non salariée et le salaire pris en compte sont égaux :

a) Lorsque la moyenne annuelle desdits revenus et salaires n'excède pas la limite de 75 % fixée au a du 3° du I de l'article D. 351-8, à un revenu cotisé égal à 75 % du montant annuel du plafond annuel prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande ;

b) Lorsque la moyenne annuelle desdits revenus et salaires est supérieure à la limite de 75 % et inférieure à la limite égale au plafond fixée au b du 3° du I de l'article D. 351-8, pour chaque tranche de revenus et salaires fixée par le barème prévu au 4° du présent article, à un revenu cotisé égal à la moyenne annuelle des revenus et salaires inférieurs de chaque tranche ;

c) Lorsque la moyenne annuelle desdits revenus et salaires est égale ou supérieure à la limite fixée au c du 3° du I de l'article D. 351-8, à un revenu cotisé égal au montant annuel du plafond prévu à l'article L. 241-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande.

Pour l'application du présent 3°, les modalités prévues au I de l'article D. 351-8 sont applicables ;

4° Les règles d'actualisation prévues au II de l'article D. 351-8 sont applicables à l'actualisation prévue au présent article, sous réserve :

a) De la prise en compte, pour les assurés âgés de plus de soixante-deux ans, d'un taux diminué de 0, 05 point par année d'âge à partir du taux fixé au c dudit II ;

b) De la division du barème prévu au dernier alinéa dudit II en sept tranches de revenus et salaires ainsi déterminées :

-revenus et salaires inférieurs ou égaux à la limite de 75 % fixée au a du 3° du I de l'article D. 351-8 ;

-revenus et salaires supérieurs à la limite précitée de 75 % et inférieurs à une limite égale à 80 % du plafond visé audit 3° ;

-revenus et salaires égaux ou supérieurs à la limite précitée de 80 % et inférieurs à une limite égale à 85 % du plafond précité ;

-revenus et salaires égaux ou supérieurs à la limite précitée de 85 % et inférieurs à une limite égale à 90 % du plafond précité ;

-revenus et salaires égaux ou supérieurs à la limite précitée de 90 % et inférieurs à une limite égale à 95 % du plafond précité ;

-revenus et salaires égaux ou supérieurs à la limite précitée de 95 % et inférieurs à une limite égale au plafond précité ;

-revenus et salaires égaux ou supérieurs au plafond précité.

Article D643-7

Pour l'application de l'article D. 643-6, la valeur d'un trimestre est déterminée sur la base des paramètres et en application des formules suivantes :

1° Le coefficient forfaitaire mentionné au premier alinéa de l'article D. 643-6 est égal au coefficient fixé en application du 2° de l'article D. 351-9 ;

2° Les coefficients viagers pris en compte dans la formule ci-après sont ceux déterminés en application du 3° de l'article D. 351-9 ;

3° La valeur d'un trimestre est déterminée, selon l'option prévue à l'article D. 643-5, par l'application de la formule suivante :

a) Au titre du 1° de l'article D. 643-5 :

$NP \times V \times C \times (D-1) \times E \times (1 + 10 \%)$;

b) Au titre du 2° de l'article D. 643-5 :

$NP \times V \times [1 + C \times (D-1)] \times E \times (1 + 10 \%)$,

où :

NP est le nombre trimestriel moyen de points de retraite égal au quart du nombre de points de retraite, revalorisé pour les années postérieures à 2004 par l'application du taux de majoration fixé au 1° de l'article D. 351-9 et correspondant à un revenu annuel déterminé selon les modalités fixées en application du a, du b ou du c du 3° de l'article D. 643-6 ;

V est la valeur de service du point de retraite, en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande, fixée par le V de l'article D. 643-1 ;

C est le coefficient de minoration fixé à l'article R. 643-7 ;

D est la durée maximale d'assurance fixée au 4° de l'article D. 351-9 ;

E est le terme actuariel défini comme correspondant à la rente viagère trimestrielle à terme échu égale à une unité pour un intéressé d'âge B et un différé égal à A-B, déterminé selon la formule suivante :

(formule non reproduite)

où :

i est le taux d'actualisation fixé en application de l'article D. 351-8 et du a du 4° de l'article D. 643-6 ;

k est un coefficient dont la valeur varie en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande :

de 0 à 51 pour les assurés âgés de 66 ans ;

de 0 à 52 pour les assurés âgés de 65 ans ;

de 0 à 53 pour les assurés âgés de 64 ans ;
de 0 à 54 pour les assurés âgés de 63 ans ;
de 0 à 55 pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ;

A est l'âge de référence fixé, en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande, à :

66 ans pour les assurés âgés de 66 ans ;
65 ans pour les assurés âgés de 65 ans ;
64 ans pour les assurés âgés de 64 ans ;
63 ans pour les assurés âgés de 63 ans ;
62 ans pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ;

B est l'âge atteint par l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande ;

L (A + k) est l'effectif à l'âge (A + k) de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9 ;

L (A) est l'effectif à l'âge A de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9 ;

L (B) est l'effectif à l'âge B de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9.

Article D643-8

La pension prévue au premier alinéa de l'article L. 643-1 peut être liquidée avant l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 pour les assurés qui justifient, dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, de périodes d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes d'une durée minimale au moins égale à celle fixée à l'article D. 351-1-1, à l'âge et dans les conditions fixées audit article et selon les modalités fixées aux articles D. 351-1-2 et D. 351-1-3.

Article D643-9

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 643-1, les périodes d'exercice de l'activité libérale au sens des articles L. 622-5 et L. 622-7 antérieures au 1er janvier 1949 ou à la date à laquelle l'activité professionnelle exercée a été rattachée à l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales sont comptées comme périodes d'exercice.

Lorsque les périodes d'assurance définies à l'article D. 643-2 sont inférieures à quinze années et que le total de ces périodes et des périodes d'exercice définies à l'alinéa précédent atteint au moins quinze années, la pension de retraite qui est versée est portée au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés prévue à l'article L. 811-1.

Article D643-9-1

La faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 643-2-1 est ouverte, dans la limite de huit trimestres, aux personnes n'ayant pas atteint l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 à la date à laquelle elles présentent la demande de versement et dont la pension de retraite dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales n'a pas été liquidée à cette date.

Article D643-9-2

Pour exercer la faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 643-2-1, l'intéressé doit présenter une demande auprès de la section professionnelle mentionnée à l'article R. 641-1 dont il relevait pendant les périodes visées au I de l'article L. 643-2-1. Cette demande comporte les pièces justificatives permettant de l'identifier et de déterminer les périodes au titre desquelles elle est présentée.

Article D643-9-3

La demande de versement prévue à l'article D. 643-9-1 est prise en compte pour un nombre entier de trimestres dans la limite du nombre de trimestres civils entiers d'activité accomplis l'année de l'affiliation et l'année suivant celle-ci.

Toutefois, lorsque l'activité professionnelle a été supérieure à 90 jours sans pour autant représenter un trimestre civil, elle est retenue pour un trimestre.

Article D643-9-4

La prise en compte du versement effectué en application des dispositions de l'article L. 643-2-1 ne peut avoir pour effet de porter à plus de quatre le nombre de trimestres d'assurance au titre d'une même année civile pris en compte pour le calcul de la durée d'assurance fixée en application du deuxième alinéa de l'article L. 351-1.

Article D643-9-5

Pour l'application de l'article L. 643-2-1, la valeur d'un trimestre est égale au quart de la cotisation qui serait due au titre de l'année du rachat, en appliquant au meilleur revenu annuel ayant servi de base au calcul des cotisations au titre de l'année en cours et des deux années ayant précédé le rachat les taux de cotisation fixés au 1° et au 2° de l'article D. 642-3.

La valeur d'un trimestre ne peut toutefois être inférieure au quart du produit de l'assiette de cotisation et du taux de cotisation fixés au 1° de l'article D. 642-3 en vigueur au 1er janvier de l'année au titre de laquelle la demande de versement prévu à l'article L. 643-2-1 est formulée.

Pour les assurés qui ne sont pas affiliés au régime de base des professions libérales l'année au titre de laquelle ils effectuent leur versement, ni aucune des deux années précédant le rachat, le coût du trimestre est égal à celui fixé en application des dispositions de l'alinéa précédent.

Article D643-9-6

Le montant du versement est égal au produit du nombre de trimestres déterminés selon les modalités prévues à l'article D. 643-9-3, dans la limite de huit trimestres prévue à l'article D. 643-9-1, par la valeur du trimestre, déterminée selon les modalités prévues à l'article D. 643-9-5.

Article D643-9-7

La section professionnelle mentionnée à l'article D. 643-9-1 indique à l'assuré s'il est admis ou non à effectuer un versement. A défaut d'indication dans le délai de deux mois suivant la réception de la demande, lorsqu'elle est recevable, la demande est réputée rejetée.

En cas d'admission, la section professionnelle mentionnée à l'alinéa précédent indique à l'assuré :

le nombre de trimestres dont il justifie au cours de chacune des années civiles où se situent les périodes dont il demande la prise en compte ;

le nombre de trimestres susceptibles de faire l'objet d'un versement au titre de ces périodes, compte tenu des limites fixées en application des articles D. 643-9-1, D. 643-9-3 et D. 643-9-4 ;

le montant du versement correspondant à un trimestre ;

le montant total du versement correspondant à ce nombre de trimestres.

Article D643-9-8

Le versement est effectué en une seule fois, au plus tard le dernier jour du deuxième mois suivant l'envoi par la section professionnelle de la décision de son admission au bénéfice du versement. A défaut de versement intégral dans ce délai, l'assuré est réputé avoir renoncé à son versement.

Il ne peut être présenté de nouvelle demande avant l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date de la notification de l'interruption du versement.

Article D643-10

Le seuil de revenus nets issus de l'activité libérale, prévu au premier alinéa de l'article L. 643-6, est égal, annuellement, au plafond prévu à l'article L. 241-3, rapporté à la durée d'affiliation au titre de l'activité libérale exercée postérieurement à l'entrée en jouissance de la pension lorsque cette durée est inférieure à un an. Lorsque l'assuré poursuit son activité dans les conditions prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article D. 643-10-1, les revenus pris en compte sont également rapportés à la durée d'affiliation au titre de l'activité libérale, lorsque celle-ci est inférieure à un an.

Les revenus tirés de la participation à la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique ne sont pas pris en compte pour l'application de l'alinéa précédent. Ne sont pas non plus pris en compte les revenus tirés des activités à caractère artistique, littéraire ou scientifique, exercées accessoirement avant la liquidation de la pension de retraite, ainsi que les revenus tirés de la participation à des activités juridictionnelles ou assimilées, de consultations données occasionnellement, de la participation à des jurys de concours publics ou à des instances consultatives ou délibératives réunies en vertu d'un texte législatif ou réglementaire.

Pour la détermination de la durée d'affiliation mentionnée au premier alinéa, il n'est pas tenu compte des trimestres civils suivant celui au cours duquel l'assuré remplit les conditions prévues aux troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 643-6.

Le versement de ces cotisations ne peut entraîner la révision de la pension de retraite lorsque celle-ci a déjà été liquidée.

Article D643-10-1

La pension peut être servie sans cessation préalable de l'activité :

-lorsque l'assuré déclare vouloir exercer, postérieurement à l'entrée en jouissance de sa pension, une activité relevant du présent régime et procurant des revenus inférieurs au seuil prévu au premier alinéa de l'article D. 643-10 ;

-ou lorsqu'il remplit les conditions prévues aux troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 643-6, sous réserve d'adresser à la section professionnelle compétente, dans le mois suivant la date d'entrée en jouissance de la pension, une déclaration qui précise la nature de l'activité reprise ainsi qu'une attestation sur l'honneur énumérant les différents régimes mentionnés au troisième alinéa du même article dont il a relevé et certifiant qu'il est entré en jouissance de toutes ses pensions de vieillesse personnelles.

En cas de reprise d'activité, le service de la pension est maintenu dès lors que l'assuré remplit les conditions prévues aux deuxième et troisième alinéas du présent article. L'assuré produit les documents prévus au troisième alinéa dans le mois suivant la reprise d'activité.

Le défaut de production, dans le délai prescrit, des documents prévus au troisième alinéa entraîne une pénalité d'un montant égal à celui fixé en application de l'article L. 133-3 pour l'abandon de la mise en recouvrement des créances à l'égard des cotisants. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard. Ces pénalités sont recouvrées dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties et sanctions que les majorations de retard afférentes aux cotisations dues au titre du deuxième chapitre du présent titre.

Article D643-10-2

La section professionnelle compétente signale à l'assuré le dépassement du seuil prévu au premier alinéa de l'article D. 643-10. L'assuré dispose d'un délai d'un mois pour faire valoir ses observations. La suspension de la pension est notifiée par la caisse à l'expiration de ce délai. Elle prend effet au premier jour du mois suivant l'envoi à l'assuré de la notification, pour un nombre de mois égal au rapport entre le montant du dépassement constaté et le montant mensuel net de la pension, arrondi à l'entier inférieur, sans que ce nombre puisse être supérieur au nombre de mois durant lesquels, au cours de l'année pour laquelle le dépassement est constaté, l'assuré a été affilié au titre de l'activité libérale poursuivie ou reprise dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 643-6.

Article D643-11

Le versement des cotisations annuelles des conjoints collaborateurs définies à l'article D. 642-5-2 ouvre droit à l'acquisition d'un nombre de points calculés dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article D. 643-1 et à la détermination des périodes d'assurance dans les conditions définies à l'article D. 643-3. Les prestations du conjoint collaborateur peuvent être liquidées sur sa demande dans les conditions prévues au I de l'article L. 643-3.

Article D643-12

Les conditions d'âge, d'incapacité, de durée d'assurance et les pièces justificatives requises pour l'application du III de l'article L. 643-3 sont celles fixées aux articles D. 351-1-5 et D. 351-1-6.

Article D643-13

La pension de retraite des assurés handicapés mentionnée au III de l'article L. 643-3 est majorée dans les conditions prévues aux premier et deuxième alinéas du II de l'article D. 351-1-5. La majoration s'ajoute, le cas échéant, au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article D. 643-9.

Article D643-14

Les modalités prévues à l'article R. 643-11-5 sont celles définies aux articles D. 643-6 et D. 643-7 sous réserve de l'alinéa suivant :

Pour l'application du 3° de l'article D. 643-6, lorsque le conjoint collaborateur présentant la demande a cotisé, au cours de l'une des trois dernières années précédant sa demande, en qualité de conjoint collaborateur, l'assiette de cotisations retenue pour le calcul des cotisations du régime d'assurance vieillesse de base est assimilée à un revenu pour la détermination du tarif applicable.

Article D643-15

Les modalités d'échelonnement du versement en échéances mensuelles définies à l'article R. 643-11-4 sont celles prévues aux articles D. 351-11 et D. 351-12.

Article D643-16

Les modalités d'interruption du versement sont celles définies à l'article D. 351-14.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 4 : Régimes complémentaires vieillesse - Régimes invalidité-décès.

Article D644-1

Les dispositions de l'article L. 355-3 sont applicables au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions libérales ainsi qu'aux régimes d'assurance vieillesse complémentaires et d'assurance invalidité institués conformément aux articles L. 644-1 et L. 644-2.

Article D644-2

Pour la mise en oeuvre du deuxième alinéa de l'article L. 644-3, les délibérations des sections professionnelles approuvant des modifications statutaires portant notamment sur l'assiette et le taux ou, le cas échéant, le montant des cotisations doivent être prises à l'unanimité. Ces modifications statutaires sont transmises à la Caisse nationale des professions libérales, en application de l'article D. 641-6, accompagnées des avis des organisations syndicales et professionnelles les plus représentatives des professions intéressées.

L'avis des organisations syndicales et professionnelles doit porter mention du fait que ces organisations ont pris connaissance de l'assiette et du taux de cotisations proposées et faire état de leurs observations éventuelles.

Les sections professionnelles peuvent procéder à la consultation par référendum prévue à l'article L. 644-1.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 5 : Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Section 1 : Dispositions générales.

Article D645-1

L'arrêté prévu au dernier alinéa de l'article L. 645-3 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D645-2

Le montant de la cotisation annuelle des bénéficiaires des régimes de prestations complémentaires de vieillesse institués par la présente section est fixé ainsi qu'il suit :

1°) pour les médecins par le décret n° 2011-1644 du 25 novembre 2011 relatif au régime des prestations complémentaires de vieillesse des médecins libéraux prévu à l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale ;

La cotisation due par les assurés reprenant ou poursuivant une activité relevant de l'article L. 643-6 est fixée, en application de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 645-2, à compter de l'exercice 2011, à 3 %. L'application du présent alinéa ne peut conduire à appeler une cotisation supérieure à celle qui résulterait des dispositions de l'alinéa qui précède.

2°) Paragraphe abrogé.

Article D645-5

Les avantages prévus par les règlements mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 645-1 ne peuvent être garantis que dans la limite des ressources qui y sont affectées en exécution de la présente section.

Article D645-6

Les opérations des sections professionnelles relatives aux avantages sociaux complémentaires de vieillesse doivent faire l'objet de comptes particuliers. Ces comptes prendront la suite des opérations faites au titre du décret n° 62-793 du 13 juillet 1962 modifié.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 6 : Dispositions d'application.

Article D646-1

Les décrets prévus par le présent titre sont pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 5 : Dispositions communes à l'assurance maladie-maternité et à l'assurance vieillesse

Chapitre 1er : Contributions d'équilibre

Section 1 : Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Article D651-1

Le taux de la contribution sociale de solidarité instituée par l'article L. 651-1 est fixé à 0,13 p. 100 du chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5.

Article D651-2

Pour les entreprises de commerce international et intracommunautaire mentionnées à l'article L. 651-3 dont la marge est au plus égale à 4 % du chiffre d'affaires hors taxes, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 241-13 est plafonné à 3,08 % de cette marge brute.

Pour l'application du premier alinéa, les entreprises de commerce international et intracommunautaire s'entendent de toutes celles qui réalisent plus de la moitié de leurs achats ou de leurs ventes hors taxes hors de France.

La marge brute mentionnée au premier alinéa s'obtient à partir des indications qui doivent figurer, pour chaque exercice, dans le compte de résultat prévu à l'article 8 du code de commerce, en faisant le total des postes ci-dessous :

1° Salaires, traitements et charges sociales ;

2° Impôts, taxes et versements assimilés, à l'exclusion des droits et taxes qui ne sont pas retenus dans l'assiette de la contribution sociale de solidarité en application de l'article L. 651-5 ;

3° Dotations d'exploitation sur immobilisation, sur actifs circulants et pour risques et charges ;

4° Dotations financières aux amortissements et provisions ;

5° Résultat courant avant impôts : en cas de déficit, celui-ci ne peut être déduit du total des postes énumérés ci-dessus.

Le poste Reprises sur amortissements et provisions, transfert de charges peut être déduit du résultat courant avant impôts à concurrence des charges retenues antérieurement dans le calcul de la contribution.

Article D651-3

Pour les entreprises de négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes mentionnées à l'article L. 651-3 dont la marge brute est au plus égale à 4 % du chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 241-13 est plafonné à 3,08 % de cette marge brute.

Pour l'application du premier alinéa, les entreprises de négoce en l'état des produits du sol et de l'élevage, engrais et produits connexes sont celles qui réalisent plus de la moitié de leurs achats ou de leurs ventes avec les producteurs agricoles ou leurs coopératives.

La marge brute mentionnée au premier alinéa s'obtient à partir des indications qui doivent figurer, pour chaque exercice, dans le compte de résultat prévu à l'article 8 du code de commerce, en faisant le total des postes ci-dessous :

1° 20 % des salaires, traitements et charges sociales ;

2° Impôts, taxes et versements assimilés, à l'exclusion des droits et taxes qui ne sont pas retenus dans l'assiette de la contribution sociale de solidarité en application de l'article L. 651-5 ;

3° Dotations d'exploitation sur immobilisation, sur actifs circulants et pour risques et charges ;

4° Dotations financières aux amortissements et provisions ;

5° Résultat courant avant impôts : en cas de déficit, celui-ci ne peut être déduit du total des postes énumérés ci-dessus.

Le poste Reprises sur amortissements et provisions, transfert de charges peut être déduit du résultat courant avant impôts à concurrence des charges retenues antérieurement dans le calcul de la contribution.

Article D651-3-1

Pour les entreprises de négoce en gros des combustibles et de commerce de détail de carburants mentionnées à l'article L. 651-3 dont la marge est au plus égale à 4 % du chiffre d'affaires hors taxes, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 241-13 est plafonné à 3,08 % de cette marge brute.

La marge brute mentionnée au premier alinéa s'obtient à partir des indications qui doivent figurer, pour chaque exercice, dans le compte de résultat prévu à l'article 8 du code de commerce, en faisant le total des postes ci-dessous :

1° 20 % des salaires, traitements et charges sociales ;

2° Impôts, taxes et versements assimilés, à l'exclusion des droits et taxes qui ne sont pas retenus dans l'assiette de la contribution sociale de solidarité en application de l'article L. 651-5 ;

3° Dotations d'exploitation sur immobilisation, sur actifs circulants et pour risques et charges ;

4° Dotations financières aux amortissements et provisions ;

5° Résultat courant avant impôts : en cas de déficit, celui-ci ne peut être déduit du total des postes énumérés ci-dessus.

Le poste Reprises sur amortissements et provisions, transfert de charges peut être déduit du résultat courant avant impôts à concurrence des charges retenues antérieurement dans le calcul de la contribution.

Article D651-4

Le recouvrement de la contribution sociale de solidarité instituée par l'article L. 651-1 est assuré par la caisse nationale du régime social des indépendants. Elle effectue la répartition de cette recette entre ses affectataires conformément aux dispositions de l'article L. 651-2-1 et selon les modalités de reversement communiquées par instruction de l'autorité de tutelle.

Article D651-6

Les opérations de recouvrement et de reversement de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés sont décrites dans des comptes spéciaux ouverts à cet effet dans la comptabilité de la Caisse nationale du régime social des indépendants.

La caisse mentionnée à l'alinéa précédent dispose d'un compte bancaire réservé à ces opérations.

Elle peut en outre disposer d'un compte bancaire supplémentaire réservé à l'encaissement de ces contributions et des majorations prévues aux articles L. 651-5-1 et L. 651-5-3 à L. 651-5-5.

Article D651-8

Les sociétés et entreprises mentionnées à l'article L. 651-1 doivent effectuer, au plus tard le 15 mai, la déclaration prévue par l'article L. 651-5.

Article D651-9

La contribution est portable. Elle fait l'objet d'un paiement exigible le 1er avril, qui doit être effectué le 15 mai au plus tard.

Article D651-11-1

Le directeur général de l'organisme chargé du recouvrement ou son délégué peut accorder des sursis à poursuites pour le règlement de la contribution et des majorations s'il estime que le débiteur produit des garanties suffisantes.

Article D651-12

Les majorations prévues aux articles L. 651-5-1 et L. 651-5-3 à L. 651-5-5 sont liquidées par le directeur général de l'organisme chargé du recouvrement.

Elles doivent être versées dans le mois de leur notification par mise en demeure effectuée par le directeur général de l'organisme chargé du recouvrement dans les conditions prévues aux articles L. 244-2 et L. 244-3 et sont recouvrées comme la contribution sociale de solidarité.

Les majorations prévues aux articles L. 651-5-1 et L. 651-5-4 à L. 651-5-5 peuvent être modulées par le directeur général de l'organisme chargé du recouvrement.

Article D651-13

En cas de rectification du chiffre d'affaires par l'administration fiscale susceptible de conduire à une modification du montant de la contribution sociale de solidarité, la société ou l'entreprise intéressée est tenue de porter cette rectification à la connaissance de l'organisme chargé du recouvrement et de procéder, s'il y a lieu, au versement du supplément de contribution dans le délai de trois mois à compter de la notification par l'administration fiscale du montant rectifié du chiffre d'affaires ou, en cas de contestation, à compter de la notification de la décision définitive.

Article D651-14

En cas de fusion ou d'absorption de deux ou plusieurs sociétés ou entreprises, la société absorbante ou la nouvelle société résultant de la fusion est redevable, à la date mentionnée à l'article D. 651-9, de la contribution sociale de solidarité assise sur le chiffre d'affaires réalisé par toute société ou entreprise fusionnée ou absorbée durant l'année au cours de laquelle est intervenue cette opération.

Le changement de forme juridique d'une société ou entreprise ou toute autre modification de nature à entraîner une exonération de la contribution, restent sans effet sur son assujettissement à la contribution

sociale de solidarité au titre du chiffre d'affaires réalisé jusqu'à la date de ce changement ou de cette modification.

Article D651-15

Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux dispositions des articles R. 133-1, R. 133-2, R. 244-4, R. 244-5.

Les dispositions de la section 2 du chapitre 3 du titre III du livre Ier concernant le recouvrement des cotisations de sécurité sociale par voie de contrainte sont applicables au recouvrement de la contribution sociale de solidarité.

Article D651-16

En cas de cessation définitive d'activité, de cession totale ou de dissolution survenant entre le 1er janvier et la date limite d'exigibilité, la contribution sociale de solidarité due au titre de l'année en cours, calculée sur la base du chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, devient immédiatement exigible.

Article D651-20

Les contestations relatives à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux dispositions de la section 4 du chapitre 2 et de la section 3 du chapitre 4 du titre IV du livre Ier.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 6 : Régimes des travailleurs non-salariés

Titre 5 : Dispositions communes à l'assurance maladie-maternité et à l'assurance vieillesse

Chapitre 2 : Dispositions diverses.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 1er : Dispositions générales

Section 1 : Ressources des assurances maladie et maternité garantissant les personnes assujetties à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.

Article D711-2

Sous réserve des dispositions du 2° de l'article D. 711-5, le taux de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 est fixé à :

1° 0,95 % pour :

-les fonctionnaires de l'Etat et de ses établissements publics à caractère administratif ainsi que les ouvriers de l'Etat ;

-les fonctionnaires des régions, des départements, des communes ou de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ;

2° 2,20 % pour les personnes relevant du régime d'assurance des marins français.

3° 1,70 % pour les personnes placées sous le régime général pour les assurances maladie, maternité, décès et invalidité (pensions et soins).

4° 1,45 % pour les personnes placées sous le régime général pour les assurances maladie, maternité, décès et invalidité (soins).

5° 0,80 % pour les personnes relevant de la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires.

Pour les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article R. 711-24, le taux de la cotisation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 est le taux de droit commun de la cotisation à la charge des salariés en vigueur au 30 juin 1987 dans le régime d'assurance maladie dont elles relèvent ou relevaient. A compter du 1er janvier 1998, ce taux est diminué de 3,8 points.

Article D711-3

Pour les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article L. 136-1 et qui relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale, est fixé à 1 % le taux des cotisations mentionnées à l'article L. 711-2 assises sur :

1° Les avantages de retraite complémentaire servis aux pensionnés des régimes spéciaux par des institutions relevant du titre II du livre IX ;

2° Les avantages de retraite complémentaire servis par les organismes gestionnaires des régimes spéciaux aux assurés qui sont titulaires d'avantages de retraite de base attribués, par ces mêmes organismes, au titre de l'article D. 173-1.

Article D711-4

Pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1 qui relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale au titre de l'exercice d'une activité professionnelle, le taux des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge de ces personnes et applicable aux revenus d'activités en cause est celui en vigueur au 31 décembre 1997 pour les assurés de ce régime.

Article D711-5

Pour les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1 qui relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale et perçoivent des revenus de remplacement, le taux de la cotisation afférente à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à la charge de ces personnes est fixé :

1° A 2,80 % pour les avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L. 131-2 ;

2° Pour les avantages mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 131-2 :

a) A 4,15 % s'agissant des personnes mentionnées au 1° du premier alinéa de l'article D. 711-2 ;

b) A 5,4 % s'agissant des personnes mentionnées au 2° du premier alinéa de l'article D. 711-2 ;

c) A 4,9 % s'agissant des personnes mentionnées au 3° du premier alinéa de l'article D. 711-2 ;

d) A 4,65 % s'agissant des personnes mentionnées au 4° du premier alinéa de l'article D. 711-2 ;

e) A 4 % s'agissant des personnes mentionnées au 5° du premier alinéa de l'article D. 711-2 ;

f) S'agissant des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article D. 711-2, au taux de droit commun, diminué de 0,6 point, de la cotisation à la charge des salariés en vigueur au 30 juin 1987 ;

3° A 3,2 % pour les avantages de retraite servis par un régime spécial, soit en application de ses propres règles, soit au titre de l'article D. 173-1 ;

4° A 4,2 % pour les avantages de retraite complémentaire mentionnés à l'article D. 711-3.

Section 3 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article D711-6

Les dispositions du second alinéa de l'article 3 du décret n° 46-1428 du 12 juin 1946 sont applicables aux assurés des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle bénéficiaires d'un régime spécial de sécurité sociale mentionné aux articles R. 711-1 et R. 711-24 et placés sous le régime général pour la couverture des risques maladie, maternité, décès et invalidité.

Article D711-7

Les employeurs des salariés relevant des régimes spéciaux de sécurité sociale des marins, des mines et des clercs et employés de notaires bénéficient de la réduction de cotisations prévue à l'article L. 241-13 dans les conditions fixées aux articles D. 241-7 à D. 241-11 et D. 241-26 sous réserve des dispositions des articles D. 711-8 à D. 711-10.

Article D711-8

I. # Pour les salariés affiliés simultanément au régime spécial de sécurité sociale dans les mines et au régime général de sécurité sociale en application des dispositions des premier, deuxième et troisième alinéas de l'article 11 de la loi n° 73-1128 du 21 décembre 1973 de finances rectificative pour 1973 ou du deuxième alinéa de l'article 8 du décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946 portant organisation de la sécurité sociale dans les mines, la réduction prévue à l'article L. 241-13 s'applique séparément aux cotisations et aux contributions à la charge de l'employeur dues dans le champ de chacun des régimes susmentionnés.

II.-A.-Pour les employeurs mentionnés au 1° de l'article L. 834-1, le montant de la réduction est calculé dans chaque régime sur la base du coefficient T précisé dans le tableau ci-dessous :

COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS dues dans le champ du régime spécial	COTISATION ET CONTRIBUTIONS dues dans le champ du régime général
Cotisations d'assurance vieillesse et invalidité : 0,0935	Cotisations d'assurance maladie et maternité, cotisations d'allocations familiales, contribution de solidarité autonomie, accidents du travail maladies professionnelles et contribution au fonds national d'aide au logement : 0,1762

COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS dues dans le champ du régime spécial	COTISATION ET CONTRIBUTIONS dues dans le champ du régime général
Cotisations d'assurance maladie et maternité et contribution de solidarité autonomie : 0,1225	Cotisations d'assurance vieillesse et invalidité, cotisations d'allocations familiales, accidents du travail maladies professionnelles et contribution au fonds national d'aide au logement : En 2016 : 0,1488 A compter de 2017 : 0,1493
Cotisations d'assurance vieillesse et invalidité, cotisations d'assurance maladie et maternité et contribution de solidarité autonomie : 0,2160	Fonds national d'aide au logement, accidents du travail maladies et professionnelles et allocations familiales : 0,0448

B.-Pour les employeurs mentionnés au 2° de l'article L. 834-1, le montant de la réduction est calculé dans chaque régime sur la base du coefficient T précisé dans le tableau ci-dessous :

COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS dues dans le champ du régime spécial	COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS dues dans le champ du régime général
Cotisations d'assurance vieillesse et invalidité : 0,0935	Cotisations d'assurance maladie et maternité, cotisations d'allocations familiales, contribution de solidarité autonomie, accidents du travail maladies professionnelles et contribution au fonds national d'aide au logement : 0,1802
Cotisations d'assurance maladie et maternité et contribution de solidarité autonomie : 0,1225	Cotisations d'assurance vieillesse et invalidité, cotisations d'allocations familiales, accidents du travail maladies professionnelles et contribution au fonds national d'aide au logement : En 2016 : 0,1528 A compter de 2017 : 0,1533
Cotisations d'assurance vieillesse et invalidité, cotisations d'assurance maladie et maternité et contribution de solidarité autonomie : 0,2160	Fonds national d'aide au logement, accidents du travail maladies et professionnelles et allocations familiales : 0,0488

Article D711-9

I. # Pour les salariés affiliés au régime spécial de sécurité sociale des clercs et employés de notaires, la réduction prévue à l'article L. 241-13 s'applique séparément aux cotisations et aux contributions à la charge de l'employeur qui sont dues :

1° Au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, vieillesse et réversion et de la contribution de solidarité pour l'autonomie, à la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires ;

2° Au titre des allocations familiales, de la contribution au Fonds national d'aide au logement et de la cotisation au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, aux organismes de recouvrement du régime général.

II. # Pour déterminer le montant de la réduction prévue à l'article L. 241-13, le coefficient T figurant dans la formule de calcul prévue à l'article D. 241-7 est remplacé par les coefficients précisés dans le tableau ci-après selon les risques couverts :

	ASSURANCES MALADIE, MATERNITÉ, Invalidité, décès, vieillesse et réversion et CSA	ALLOCATIONS FAMILIALES, FNAL et cotisation au titre des AT-MP
Employeurs soumis au 1° de l'article L. 834-1	2016 : 0,2432 À compter de 2017 : 0,2439	2016 : 0,0370 À compter de 2017 : 0,0368
Employeurs soumis au 2° de l'article L. 834-1	2016 : 0,2439 À compter de 2017 : 0,2445	2016 : 0,0403 À compter de 2017 : 0,0402

Article D711-10

Pour les salariés relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins, la réduction prévue à l'article L. 241-13 s'applique séparément pour les cotisations et les contributions à la charge de l'employeur qui sont dues :

1° Au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles et de la contribution de solidarité pour l'autonomie, à l'Etablissement national des invalides de la marine ;

2° Au titre des allocations familiales et de la contribution au Fonds national d'aide au logement, à la Caisse maritime d'allocations familiales mentionnée à l'article L. 212-3 du code de la sécurité sociale.

Sous réserve des dispositions de l'avant-dernier alinéa, quelle que soit la durée du travail des salariés, le calcul du coefficient de la réduction est déterminé par application de la formule suivante :

Coefficient = $T \times (1,6 \times 1\,820 \text{ fois le montant du SMIC} / \text{salaire forfaitaire annuel défini à l'article L. 5553-5 du code des transports} \# 1) / 0,6$

Pour la réduction des cotisations mentionnées au 1°, T est égal, à la somme des taux des contributions patronales d'assurances sociales et de la contribution de solidarité pour l'autonomie.

Pour la réduction des cotisations mentionnées au 2°, T est égal, à la somme du taux de la contribution au fonds national d'aide au logement et de la contribution d'allocation familiale.

Pour le calcul du coefficient de la réduction applicable aux marins du commerce et de la plaisance, le ratio mentionné au cinquième alinéa entre 1 820 fois le montant du SMIC et le salaire forfaitaire annuel défini à l'article L. 5553-5 du code des transports est remplacé par le ratio entre le SMIC calculé pour un an et la rémunération annuelle brute, tel qu'il est déterminé à l'article D. 241-7.

Pour la réduction des cotisations et des contributions mentionnées au 1° et au 2°, les taux sont pris en compte après application, le cas échéant, des réductions et exonérations prévues aux articles L. 5553-7, L. 5715-4, L. 5735-4, L. 5745-4 et L. 5755-4 du code des transports, à l'article 6 du décret-loi du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins et à l'article 1er de la loi n° 77-441 du 27 avril 1977 et du décret-loi du 17 juin 1938.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 2 : Régime des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats

Section 1 : Bénéficiaires.

Article D712-1

Les dispositions du présent chapitre sont applicables aux fonctionnaires en activité dès leur entrée en fonction en qualité de titulaire.

Article D712-2

Dans les cas prévus aux 1°, 8° et 11° de l'article 14 du décret n° 85-986 du 16 septembre 1985, ainsi que dans le cas de détachement auprès d'une administration d'Etat bien que dans un emploi ne conduisant pas à pension du régime général des retraites, le fonctionnaire détaché reste soumis au régime spécial de sécurité sociale des fonctionnaires institué par le présent chapitre.

Dans les autres cas de détachement, le fonctionnaire est soumis, pour les risques autres que ceux couverts par le régime de retraite dont il relève, au régime d'assurance applicable à la profession qu'il exerce par l'effet de son détachement.

Article D712-3

Le fonctionnaire en disponibilité bénéficie des dispositions du présent chapitre pendant toute la période où il perçoit un émolument ou une allocation en vertu soit du statut général des fonctionnaires, soit de l'article L. 712-3.

Article D712-4

La veuve du fonctionnaire, titulaire d'une pension de réversion, bénéficie des mêmes prestations que le fonctionnaire retraité et dans les mêmes conditions.

Elle adresse, dans les trois mois du décès de son conjoint, une déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle elle réside, par l'intermédiaire de la section locale ou du correspondant d'entreprise du "de cujus".

Article D712-5

Lorsque le fonctionnaire en retraite ou la veuve du fonctionnaire, titulaire d'une pension de réversion, exercent une activité professionnelle, ils sont assujettis au régime de sécurité sociale dont relève cette activité.

Article D712-6

Les dispositions des articles L. 372-1 et L. 372-2 sont applicables aux fonctionnaires en position "sous les drapeaux".

Article D712-7

Pour les fonctionnaires placés en position de congé spécial, l'Etat verse la cotisation fixée à l'article D. 712-38.

Lorsqu'ils n'exercent pas une activité relevant d'un régime obligatoire de sécurité sociale, ils reçoivent des prestations en nature des assurances maladie et maternité dans les conditions prévues par l'article D. 712-11.

S'ils viennent à décéder, leurs ayants cause ont droit au capital décès, dans les conditions prévues à la sous-section 3 de la section 2 du présent chapitre.

Article D712-8

La présente section et les sections 2 à 4 du présent chapitre sont applicables aux magistrats de l'ordre judiciaire.

Section 2 : Prestations

Article D712-9

Le décret prévu pour l'application de l'article L. 712-3 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D712-10

Les prestations prévues à l'article L. 712-3 sont, pour leur totalité, à la charge de l'Etat.

Sous-section 1 : Prestations en nature - Indemnités journalières.

Article D712-11

En cas de maladie et maternité, les fonctionnaires bénéficient des prestations en nature des assurances sociales, dans les conditions et suivant les tarifs en vigueur dans les caisses d'assurance maladie auxquelles ils sont affiliés, sous réserve des dispositions prévues au présent chapitre.

Les fonctionnaires retraités pour invalidité avant l'âge de soixante ans, au titre du régime général des pensions civiles de l'Etat, et les fonctionnaires qui, reconnus en état d'invalidité temporaire, dans les conditions prévues à la sous-section 2 de la présente section, au moment de leur admission à la retraite, ont été mis d'office ou admis à faire valoir leurs droits à la retraite, en application des articles L. 3 et L. 4, 1er et 2° alinéas, du code des pensions civiles et militaires de retraite, ont droit aux prestations en nature de l'assurance invalidité selon les modalités fixées à l'alinéa précédent.

Lorsque les retraités mentionnés à l'alinéa précédent atteignent l'âge prévu par l'article L. 161-17-2, ils ont le droit, sans limitation de durée, aux prestations en nature de l'assurance maladie pour l'affection ayant donné lieu à l'attribution de la pension d'invalidité ou de prestations d'invalidité temporaire. Les mêmes avantages sont accordés aux fonctionnaires retraités pour invalidité au titre du régime général des pensions civiles de l'Etat à l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 au moins.

Article D712-12

En cas de maladie, le fonctionnaire qui ne peut bénéficier de l'un des régimes de congé de maladie, de congé de longue maladie ou de congé de longue durée, prévus par la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique de l'Etat, mais qui remplit les conditions fixées par le livre III du présent code pour avoir droit à l'indemnité journalière mentionnée au 4° de l'article L. 321-1, a droit à une indemnité égale à la somme des éléments suivants :

1°) la moitié ou les deux tiers, suivant le cas, du traitement et des indemnités accessoires, à l'exclusion de celles qui sont attachées à l'exercice des fonctions ou qui ont le caractère de remboursement de frais ;

2°) la moitié ou les deux tiers, suivant les cas, soit de l'indemnité de résidence perçue au moment de l'arrêt de travail s'il est établi que l'intéressé, son conjoint ou les enfants à sa charge continuent à résider dans la localité où ledit intéressé exerce ses fonctions, soit, dans le cas contraire, de la plus avantageuse des indemnités de résidence afférentes aux localités où le fonctionnaire, son conjoint ou les enfants à sa charge résident depuis l'arrêt de travail, sans que cette somme puisse être supérieure à celle calculée dans le premier cas ;

3°) la totalité des avantages familiaux.

Toutefois, les maxima prévus par la réglementation du régime général de sécurité sociale sont applicables dans les cas mentionnés au présent article.

Sous-section 2 : Prestations d'invalidité temporaire.

Article D712-13

Les fonctionnaires peuvent, sur leur demande, être reconnus en état d'invalidité temporaire s'ils sont atteints d'une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité de travail, sans pouvoir reprendre immédiatement leurs fonctions ni être mis ou admis à la retraite.

Article D712-14

La demande doit être adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dans le délai d'un an suivant, soit la date de l'expiration des droits statutaires à traitement ou du service de l'indemnité mentionnée à l'article D. 712-12, soit la date de la consolidation de la blessure ou la date de la stabilisation de l'état de l'intéressé telle qu'elle résulte de la notification qui lui en est faite par la caisse primaire.

La caisse primaire transmet cette demande avec son avis à l'administration dont relève le fonctionnaire.

Article D712-15

L'invalidité temporaire est appréciée par la commission de réforme, compte tenu du barème indicatif prévu au troisième alinéa de l'article L. 28 du code des pensions civiles et militaires, que l'état des intéressés leur interdise ou non d'exercer une activité rémunérée autre que leur emploi.

La commission de réforme se prononce :

1°) en vue de l'attribution de l'allocation d'invalidité temporaire mentionnée à l'article D. 712-18, à compter de l'expiration des droits statutaires à un traitement ou du service de l'indemnité mentionnée à l'article D. 712-12 ;

2°) en vue de l'attribution des prestations en nature de l'assurance invalidité mentionnées à l'article D. 712-17, qui sont dues à compter de la date, soit de la consolidation de la blessure, soit de la stabilisation de l'état de l'intéressé telle qu'elle résulte de l'avis de la caisse primaire, soit de l'entrée en jouissance de l'allocation d'invalidité temporaire.

Article D712-16

Le bénéfice de l'assurance invalidité est accordé après avis de la commission de réforme par périodes d'une durée maximum de six mois, renouvelable selon la procédure initiale.

L'état d'invalidité temporaire est constaté par arrêté ministériel pris sur l'avis de la commission de réforme.

Cet arrêté précise dans tous les cas :

1°) le degré d'invalidité de l'intéressé ;

2°) le point de départ et la durée de l'état d'invalidité ;

3°) la nature des prestations auxquelles l'intéressé ouvre droit ;

4°) le taux de l'allocation d'invalidité éventuellement applicable.

Notification de l'arrêté est faite à la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle incombe le service des prestations en nature.

Article D712-17

Le fonctionnaire en état d'invalidité temporaire a droit ou ouvre droit, dans les mêmes conditions que les pensionnés d'invalidité du régime général de sécurité sociale :

1°) sans limitation de durée, aux prestations en nature de l'assurance maladie ;

2°) aux prestations en nature de l'assurance maternité.

Article D712-18

L'allocation d'invalidité temporaire est liquidée et payée par l'administration ou l'établissement auquel appartient le fonctionnaire.

En vue de la détermination du montant de l'allocation, la commission de réforme classe les intéressés dans un des trois groupes suivants :

1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Pour les invalides du premier groupe, l'allocation est égale à la somme des éléments suivants :

1°) 30 % du dernier traitement d'activité, augmenté de 30 % des indemnités accessoires, à l'exclusion de celles qui sont attachées à l'exercice des fonctions ou qui ont le caractère de remboursement de frais ;

2°) 30 % de l'indemnité de résidence, pris en considération suivant les modalités prévues par le 2° du premier alinéa de l'article D. 712-12 ;

3°) la totalité des avantages familiaux.

Pour les invalides des second et troisième groupes, le taux de 30 % ci-dessus est remplacé par celui de 50 %. En outre, pour les invalides du troisième groupe, le montant des éléments énumérés aux 1° et 2° du troisième alinéa du présent article est majoré de 40 %, sans que la majoration puisse être inférieure au minimum prévu à l'article R. 341-6. Cette majoration n'est pas versée pendant la durée d'une hospitalisation.

Toutefois, les maxima prévus pour la détermination du montant des prestations en espèces du régime général des assurances sociales sont applicables dans les cas mentionnés au présent article.

L'allocation cesse d'être servie dès que le fonctionnaire est réintégré dans ses fonctions ou mis à la retraite et, en tout état de cause, à l'âge prévu par l'article L. 161-17-2.

Sous-section 3 : Capital décès

Article D712-19

Les ayants droit de tout fonctionnaire décédé avant l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 et se trouvant au moment du décès soit en activité, soit détaché dans les conditions du premier alinéa de l'article D. 712-2, soit dans la situation de disponibilité mentionnée à l'article D. 712-3, soit dans la position sous les drapeaux, ont droit au moment du décès et quelle que soit l'origine, le moment ou le lieu de celui-ci, au paiement d'un capital décès.

Ce capital est égal à quatre fois le montant mentionné à l'article D. 361-1 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès du fonctionnaire.

Article D712-20

Le capital décès tel qu'il est déterminé à l'article D. 712-19 est versé :

1° A raison d'un tiers au conjoint non séparé de corps ni divorcé du " de cujus " ou au partenaire d'un pacte civil de solidarité non dissous et conclu plus de deux ans avant le décès du " de cujus " ;

2° A raison de deux tiers :

a) Aux enfants légitimes, naturels reconnus ou adoptifs du " de cujus " nés et vivants au jour de son décès, âgés de moins de vingt et un ans ou infirmes, et non imposables du fait de leur patrimoine propre à l'impôt sur le revenu ;

b) Aux enfants recueillis au foyer du " de cujus " qui se trouvaient à la charge de ce dernier au sens des articles 196 et 196 A bis du code général des impôts au moment de son décès, à condition qu'ils soient âgés de moins de vingt et un ans ou infirmes.

La quote-part revenant aux enfants est répartie entre eux par parts égales.

En cas d'absence d'enfants pouvant prétendre à l'attribution du capital décès, celui-ci est versé en totalité au conjoint non divorcé ni séparé de corps ou au partenaire d'un pacte civil de solidarité non dissous et conclu plus de deux ans avant le décès du " de cujus ".

En cas d'absence de conjoint non divorcé ni séparé de corps ou de partenaire d'un pacte civil de solidarité non dissous, le capital décès est attribué en totalité aux enfants tributaires et réparti entre eux et par parts égales.

En cas d'absence de conjoint ou de partenaire d'un pacte civil de solidarité et d'absence d'enfants pouvant prétendre à l'attribution du capital décès, ce dernier est versé à celui ou à ceux des ascendants du " de cujus " qui étaient à sa charge, au moment du décès.

Article D712-21

Chacun des enfants appelés à percevoir ou à se partager le capital décès, suivant les conditions mentionnées à l'article D. 712-20, reçoit, en outre, une majoration calculée à raison des trois centièmes du traitement annuel brut soumis à retenue pour pension afférent à l'indice net 450 (indice brut 585) ; le traitement à prendre en considération est, dans tous les cas, celui correspondant à l'indice précité, en vigueur au moment du décès du fonctionnaire.

Les enfants légitimes ou naturels reconnus, nés viables dans les trois cents jours du décès du "de cujus", reçoivent exclusivement et dans tous les cas la majoration prévue à l'alinéa précédent.

Article D712-22

Tout fonctionnaire ayant un âge supérieur ou égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2, et non encore admis à faire valoir ses droits à la retraite, ouvre droit au capital décès prévu à l'article L. 361-1 ; ce capital est versé aux ayants droits définis à l'article D. 712-20.

Article D712-23

Le capital décès mentionné à la présente sous-section n'est pas soumis aux droits de mutation en cas de décès.

Article D712-23-1

Par dérogation aux articles D. 712-19 et D. 712-22, lorsque le fonctionnaire est décédé à la suite d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle, le capital décès, augmenté le cas échéant de la majoration pour enfant, est égal à douze fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu par le fonctionnaire décédé.

Article D712-24

Par dérogation aux articles D. 712-19 et D. 712-22, lorsque le fonctionnaire est décédé à la suite d'un attentat, d'une lutte dans l'exercice de ses fonctions ou d'un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie d'une ou plusieurs personnes, le capital décès, augmenté le cas échéant de la majoration pour enfant, est égal à douze fois le montant du dernier traitement indiciaire brut mensuel perçu par le fonctionnaire décédé.

Il est versé trois années de suite dans les conditions ci-après : le premier versement au décès du fonctionnaire et les deux autres au jour anniversaire de cet événement.

Sous-section 4 : Contrôle médical.

Article D712-25

Le contrôle médical prévu à l'article L. 315-1 est effectué par le médecin assermenté de l'administration mentionné aux articles 9 et 10 du décret n° 59-310 du 14 février 1959 en ce qui concerne le service des prestations en espèces prévues à la sous-section 2 de la présente section.

La décision prise en ce qui concerne l'état d'invalidité dans les conditions prévues à la même sous-section s'impose à la caisse primaire d'assurance maladie.

Article D712-26

En ce qui concerne le service des prestations prévues à l'article D. 712-12 ainsi que des prestations en nature prévues à l'article D. 712-11 et à la sous-section 2 de la présente section, le contrôle médical est exercé dans les conditions du droit commun, sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 712-25.

La décision de la caisse primaire accordant ou maintenant le bénéfice des prestations en espèces de l'assurance maladie est immédiatement notifiée à l'administration dont relève le fonctionnaire, à laquelle elle s'impose.

La notification précise, le cas échéant, le point de départ du délai de trois ans d'indemnisation prévu au 1° de l'article L. 323-1 et à l'article R. 323-1.

Article D712-27

Les frais occasionnés par le contrôle prévu à la sous-section 2 de la présente section et à l'article D. 712-25 sont à la charge de l'Etat.

Les frais occasionnés par le contrôle prévu à l'article D. 712-26 sont à la charge de l'organisation générale de la sécurité sociale.

Sous-section 5 : Dispositions diverses.

Article D712-28

Les commissions administratives paritaires instituées en application de l'article 14 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique de l'Etat et du décret n° 82-451 du 28 mai 1982 modifié par le décret n° 84-955 du 25 octobre 1984 exercent les attributions des commissions prévues à l'article L. 712-5.

En ce qui concerne les magistrats de l'ordre judiciaire, il est institué à l'administration centrale du ministère de la justice une commission composée pour moitié des représentants des magistrats désignés par les organisations professionnelles les plus représentatives et pour moitié des représentants de l'administration désignés par celle-ci.

Le nombre des membres de cette commission et les modalités de son fonctionnement sont déterminés par un arrêté du garde des sceaux, ministre de la justice.

Cette commission exerce les attributions de la commission prévue à l'article L. 712-5 ainsi que celles de la commission prévue à l'article R. 142-1.

Les difficultés nées de l'application des dispositions de l'article L. 712-3 sont soumises pour avis aux commissions prévues au présent article avant toute décision du ministre intéressé.

Section 3 : Organisation administrative

Article D712-29

Les prestations autres que les prestations en nature prévues à l'article D. 712-11 sont liquidées et payées par les administrations ou établissements auxquels appartiennent les intéressés.

Article D712-30

La ou les caisses primaires d'assurance maladie d'un même département doivent confier le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité à la ou aux sections locales constituées dans les conditions prévues aux articles D. 712-31 à D. 712-33.

Article D712-31

Les sections locales sont créées à l'initiative des mutuelles ou sections de mutuelles constituées entre fonctionnaires ou des unions ou sections d'unions de telles mutuelles.

Chaque section locale peut grouper des fonctionnaires bénéficiaires du présent chapitre, ainsi que des agents et ouvriers de l'Etat, à condition que tous ses adhérents appartiennent, soit à un même établissement ou groupe d'établissements situés dans le même département, soit à une même administration ou à un même service ou à un même groupe d'administrations ou de services dont la circonscription est comprise dans un même département.

Une section locale ne peut être créée que si elle groupe au minimum 1 000 adhérents.

Article D712-32

Toute mutuelle ou section de mutuelle constituée entre fonctionnaires, ainsi que toute union ou section d'union de telles mutuelles peut créer une section locale dans les conditions prévues à l'article D. 712-31.

Dans les départements où une section locale ne pourrait être constituée par une mutuelle ou section de mutuelle d'une même administration, les mutuelles ou sections de mutuelles constituées dans des administrations différentes peuvent se grouper pour former une section locale.

Article D712-33

Le contrôle de la gestion de chaque section locale est confié à un comité d'au moins six membres élus à la proportionnelle par l'ensemble de ses adhérents.

Article D712-34

Les sections locales liquident et règlent les prestations pour le compte des caisses primaires au moyen d'avances renouvelables qui leur sont accordées par lesdites caisses.

Article D712-35

Lorsqu'il n'est pas possible de créer une section locale, les mutuelles ou sections de mutuelles constituées entre fonctionnaires, ainsi que les unions ou sections d'unions de telles mutuelles, sont habilitées de plein droit à exercer le rôle de correspondantes de la caisse primaire d'assurance maladie lorsqu'elles groupent au minimum 100 adhérents.

Les organismes ne groupant pas ce nombre minimum d'adhérents doivent constituer une union qui exercera le rôle de correspondant.

Article D712-36

Les caisses primaires d'assurance maladie tiennent une comptabilité distincte pour les opérations relatives aux fonctionnaires relevant du présent chapitre.

Section 4 : Cotisations.

Article D712-37

Le décret prévu pour l'application de l'article L. 712-9 est pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article D712-38

Sous réserve des dispositions de l'article D. 712-40, le taux de la cotisation à la charge de l'Etat, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, maternité et invalidité versées à ses fonctionnaires en activité et assise sur les traitements soumis à retenue pour pension, est fixé à 9,70 %.

L'assiette de la cotisation due à la Caisse nationale des allocations familiales pour les fonctionnaires régis par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 et la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 susvisées est la même que celle fixée à l'alinéa précédent.

Article D712-39

Les cotisations dues par les fonctionnaires de l'Etat retraités ou leurs ayants cause, en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1, dont le taux est fixé au 3° de l'article D. 711-5, sont assises sur les avantages de retraite versés aux intéressés dans la limite du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3.

Article D712-40

En application du deuxième alinéa de l'article L. 131-9, le taux de la cotisation afférente à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie, maternité et invalidité à la charge des fonctionnaires de l'Etat mentionnés à l'article D. 712-50 est fixé à 1 %. Cette cotisation est précomptée sur les traitements des intéressés qui sont payés pour le net. Le taux de la cotisation à la charge de l'Etat pour ces fonctionnaires est fixé à 2,95 %.

Article D712-41

Les cotisations prévues au premier alinéa de l'article D. 712-38 et à l'article D. 712-40 sont versées aux échéances prévues par l'article R. 243-6, aux organismes de recouvrement du régime général de sécurité sociale désignés en application des dispositions de l'article R. 243-8.

Ces versements sont soumis aux dispositions des articles R. 243-13, R. 243-16, R. 243-18, R. 243-19, R. 243-19-1, R. 243-20 et R. 243-21.

Article D712-43

Le taux des cotisations prévues aux articles D. 712-38 et D. 712-39 est modifié par décret contresigné par le ministre chargé de la fonction publique, le ministre chargé du budget et le ministre chargé de la sécurité sociale, en cas d'insuffisance ou d'excès des ressources résultant desdites cotisations.

Section 5 : Dispositions applicables aux stagiaires.

Article D712-44

Les sections 1 à 4 du présent chapitre et de la présente section, exception faite des articles D. 712-19 à D. 712-24 sont applicables aux stagiaires mentionnés à l'article 1er du décret n° 48-1843 du 6 décembre 1948, à l'exclusion de ceux qui se trouvent en congé sans traitement, soit en vertu des dispositions statutaires auxquelles ils sont soumis, soit en vertu du règlement intérieur de l'école à laquelle ils appartiennent, sans avoir droit par ailleurs aux prestations prévues à l'article L. 712-3.

Article D712-45

Le stagiaire qui remplit les conditions fixées par le chapitre 1er du titre IV du livre III pour prétendre au bénéfice d'une pension d'invalidité a droit à une pension liquidée conformément aux prescriptions dudit chapitre, sous réserve des dispositions des alinéas ci-après.

Le salaire servant de base au calcul de la pension est le dernier traitement annuel d'activité.

Lorsque l'intéressé ayant, en vertu des dispositions statutaires ou du règlement intérieur de l'école, épuisé ses droits soit à un congé de maladie ou de longue durée, soit, le cas échéant, à un congé sans traitement, est licencié ou considéré comme démissionnaire et a droit à une pension, celle-ci est accordée à compter de l'expiration du dernier congé de maladie ou de longue durée ou du congé sans traitement.

La liquidation de la pension est effectuée soit sur demande de l'intéressé, soit d'office par l'administration ou l'école dont il relève. Toutefois, cette liquidation ne peut être demandée par l'administration ou l'école tant que l'intéressé n'a pas épuisé ses droits à congé de longue durée.

La pension d'invalidité est suspendue au cas où le bénéficiaire reprend ses fonctions.

Article D712-46

Le bénéfice du capital de l'assurance décès prévu par les articles L. 361-1, L. 361-3 et L. 361-4, est accordé aux ayants droit du stagiaire. Ce capital est à la charge de l'administration ou de l'école dont relevait le "de cujus".

Article D712-47

Les stagiaires licenciés dans les conditions prévues à l'article 12 du décret n° 49-1239 du 13 septembre 1949 modifié, titulaires d'une rente en application du troisième alinéa dudit article et qui ne peuvent justifier des conditions requises par les articles L. 313-1 et L. 341-2, ont droit et ouvrent droit, sans participation aux frais, aux prestations en nature des assurances maladie et maternité, à condition toutefois que la rente corresponde à une incapacité de travail au moins égale à $66 \frac{2}{3}$ p. 100.

Les bénéficiaires de rentes de survivants, en application du quatrième alinéa de l'article 12 du décret n° 49-1239 du 13 septembre 1949 modifié, qui n'effectuent aucun travail salarié et n'exercent aucune activité rémunératrice ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie, dans la mesure où ils ne bénéficient pas déjà de ces prestations en vertu d'autres dispositions.

Les prestations prévues au présent article sont à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie dont relèvent les intéressés.

Section 6 : Dispositions applicables aux fonctionnaires détachés sur certains emplois.

Article D712-48

Par dérogation à l'article D. 712-2, le fonctionnaire détaché sur un emploi permanent d'un département, d'une commune ou d'un de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial reste soumis au régime spécial de sécurité sociale des fonctionnaires, institué par le présent chapitre.

Article D712-49

Les cotisations dues pour les personnels mentionnés à l'article D. 712-48 sont à la charge de l'organisme auprès duquel ils sont détachés et sont calculées et versées dans les mêmes conditions que pour les personnels titulaires de cet organisme.

Les prestations en espèces sont à la charge de l'organisme de détachement.

Section 7 : Dispositions applicables aux fonctionnaires exerçant dans les collectivités d'outre-mer régies par l'article 74 de la Constitution et la Nouvelle-Calédonie

Article D712-50

Les dispositions des sections 1 à 4 du présent chapitre sont applicables, sous réserve des dispositions ci-après, aux personnels civils qui exercent leurs fonctions dans un territoire relevant du ministère chargé de l'outre-mer et qui appartiennent aux catégories ci-après :

1°) fonctionnaires civils appartenant aux cadres régis par décret et relevant du ministère chargé de l'outre-mer ;

2°) fonctionnaires civils de l'Etat soumis au statut général et appartenant aux cadres relevant des autres ministères ;

3°) fonctionnaires civils de l'Etat soumis au statut général et magistrats détachés dans un emploi des cadres de l'une ou de l'autre catégorie ci-dessus.

Article D712-51

Les cotisations prévues aux articles D. 712-38 et D. 712-40 sont versées, dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de l'Outre-mer et du ministre chargé du budget, à l'organisme de recouvrement désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Elles sont calculées sur les émoluments soumis à retenues pour pensions, que percevraient les intéressés s'ils étaient en service en France, dans la limite du plafond fixé par la législation de la sécurité sociale.

Article D712-52

Les fonctionnaires mentionnés à l'article D. 712-50 ne bénéficient des dispositions des articles D. 712-11 et D. 712-12 que pendant les périodes au cours desquelles ils résident temporairement sur le territoire métropolitain et dans un département d'outre-mer.

Toutefois, les membres de leur famille bénéficient des dispositions de l'article D. 712-11 lorsqu'ils résident ou séjournent sur le territoire métropolitain et dans un département d'outre-mer.

Article D712-53

Le dernier traitement annuel d'activité dont il sera tenu compte pour l'application de la sous-section 3 de la section 2 du présent chapitre est celui que le fonctionnaire aurait perçu s'il avait été en service en France.

Article D712-54

La caisse primaire d'assurance maladie de Paris confie le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité aux sections constituées par les mutuelles de fonctionnaires auprès de chacune des administrations centrales dont relèvent les fonctionnaires mentionnés à l'article D. 712-50.

Article D712-54-1

Pour les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats qui exercent leurs fonctions en Polynésie française en position d'activité ou de détachement, au sens de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, soit auprès d'une collectivité publique de ce territoire ou d'un de ses établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial, soit auprès d'une administration de l'Etat ou d'un établissement public de l'Etat n'ayant pas le caractère industriel ou commercial, les cotisations dues au régime général de sécurité sociale, pour la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité, sont calculées, par dérogation aux dispositions de l'article D. 712-40 et du deuxième alinéa de l'article D. 712-51, sur la base des traitements soumis à retenue pour pension et d'un taux fixé à 14,45 %, soit 9,70 % à la charge de l'Etat et 4,75 % à la charge de l'assuré en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1.

Les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats mentionnés à l'alinéa précédent et leurs ayants droit qui résident avec eux bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité prévues à l'article R. 761-8 et servies dans les conditions définies à l'article D. 712-54, sous réserve des dispositions de l'article 19 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994. Il en est de même pour les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats qui, résidant en Polynésie française, sont placés en position de disponibilité d'office en application de l'article 43 du décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 et pour leurs ayants droit qui résident avec eux.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article D. 712-52, les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats visés aux trois alinéas précédents bénéficient des dispositions de l'article D. 712-12.

Article D712-54-2

Les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats qui exercent leurs fonctions en Nouvelle-Calédonie, mentionnés au premier alinéa de l'article L. 712-11-1, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient, lorsqu'ils séjournent en Nouvelle-Calédonie, des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité prévues à l'article R. 761-8 et servies dans les conditions définies à l'article D. 712-54, sous réserve des dispositions du paragraphe 3 de l'article 19 de l'accord de coordination annexé au décret n° 2002-1371 du 19 novembre 2002 susvisé.

Les cotisations à la charge de l'Etat dues au régime général de sécurité sociale pour la couverture des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité sont calculées dans les conditions fixées à l'article D. 712-38.

Section 8 : Dispositions diverses - Dispositions d'application.

Article D712-55

L'arrêté prévu à l'article L. 712-12 est pris par le ministre chargé de la fonction publique, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Article D712-56

Les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats titulaires d'une pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite et les titulaires d'un avantage de réversion au titre de ce code qui résident en Polynésie française sont affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie de Paris.

Ils bénéficient, ainsi que leurs ayants droit qui résident avec eux, lorsqu'ils n'exercent aucune activité professionnelle, des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité prévues à l'article R. 761-8 et servies dans les conditions définies à l'article D. 712-54, sous réserve des dispositions de l'article 21 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994.

Les personnes mentionnées au premier alinéa bénéficient, lorsqu'elles résident temporairement en métropole ou dans un département d'outre-mer, des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité prévues à l'article D. 712-11 et servies dans les conditions définies à l'article D. 712-54, sous réserve des dispositions de l'article 21 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994. Il en est de même pour les ayants droit des personnes mentionnées à la phrase précédente et au premier alinéa lorsqu'ils résident ou séjournent en métropole ou dans un département d'outre-mer.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 3 : Régime des militaires

Section 1 : Dispositions générales.

Article D713-1

Pour l'application de l'article L. 713-1 sont considérés comme assurés obligatoires :

1°) les militaires et assimilés de tous grades possédant le statut des militaires de carrière ou servant au-delà de la durée légale en vertu d'un contrat ou d'une commission et se trouvant dans l'une des situations suivantes :

a. en activité de service ;

b. dans une position avec solde autre que l'activité et non rayés des cadres ;

c. titulaires d'une pension de retraite allouée au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

2°) pendant la période correspondant à la durée du service actif, les militaires ayant souscrit des engagements à long terme et qui se trouvent dans l'une des situations définies aux a. et b. du 1° ci-dessus ;

3°) les veuves des militaires mentionnés au 1° ci-dessus lorsqu'elles sont titulaires d'une pension allouée du chef de leur époux au titre du code de pensions civiles et militaires de retraite ainsi que les orphelins de militaires mentionnés par le décret n° 61-1332 du 29 novembre 1961.

Le régime de sécurité sociale prévu par le présent chapitre est également applicable aux membres de la famille des bénéficiaires tels qu'ils sont définis par l'article L. 313-3 du présent code.

Ne peuvent toutefois prétendre au bénéfice du régime mentionné à l'alinéa ci-dessus les personnes appartenant à l'une des catégories ci-dessus qui, du fait de leur activité au service d'une administration ou d'une entreprise publique ou privée, sont assujetties à un autre régime d'assurances sociales pour les risques maladie et maternité.

Article D713-2

Les militaires en activité de service sont immatriculés par les soins de l'administration dont ils relèvent dès qu'ils remplissent les conditions exigées à l'article D. 713-1 pour pouvoir bénéficier de la sécurité sociale.

Section 2 : Dispositions relatives aux soins et aux prestations

Sous-section 1 : Prestations en nature.

Article D713-3

Les prestations servies à l'occasion de soins donnés ou ordonnés par des praticiens civils ou dans les établissements civils sont attribuées par la caisse militaire de sécurité sociale selon les modalités du régime général de sécurité sociale.

Article D713-4

Dans le cas où les soins sont donnés par les services de santé militaires, les dispositions suivantes sont applicables :

1°) les actes professionnels accomplis par un praticien militaire ou un auxiliaire médical militaire ne donnent lieu à aucun remboursement par la caisse militaire de sécurité sociale ;

2°) les fournitures pharmaceutiques, les appareils, les examens de biologie médicale délivrés ou exécutés par les pharmacies, centres et laboratoires de biologie médicale civils ou militaires donnent lieu à remboursement par la caisse militaire de sécurité sociale selon les modalités du régime général ;

3°) sous réserve des avantages accordés par décret, les services rendus dans les établissements des services de santé militaires (hospitalisation, examens et traitements externes) donnent lieu à remboursement par la caisse militaire de sécurité sociale dans les conditions du régime général. Les prix de journée de base exclusifs de tout supplément correspondant à des conditions particulières d'hospitalisation sont fixés par les services de santé militaires.

Le tarif de responsabilité est égal au prix de base ainsi fixé.

La caisse passe des conventions avec la direction des services de santé des armées, conformément aux dispositions du régime général.

Article D713-5

Conformément à l'article L. 713-12 du présent code, l'autorité militaire est seule habilitée à prendre toutes décisions pouvant entraîner des conséquences statutaires ou disciplinaires, spécialement en matière d'exécution du service, d'absences, de congés ou d'hospitalisation, même si le militaire a eu recours aux soins d'un praticien civil.

Article D713-6

Le contrôle médical est exercé à la diligence de la direction des services de santé des armées selon des modalités qui sont fixées par un arrêté du ministre de la défense et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le contrôle porte sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et sur la constatation des abus en matière de soins. Il est exercé, soit à la demande de la caisse à laquelle le médecin conseil est tenu de déférer sans délai, soit à l'initiative du médecin conseil à la disposition duquel la caisse doit tenir tous les éléments nécessaires.

Le médecin conseil ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Toutes les fois qu'il le juge utile dans l'intérêt du malade ou du contrôle, il doit entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

En cas de désaccord entre médecin traitant et médecin conseil, il est procédé à un nouvel examen par un expert désigné dans les conditions prévues par le chapitre 1er du titre IV du livre Ier.

Article D713-7

En matière d'affections imputables au service, les frais qui sont à la charge de l'Etat en vertu des dispositions statutaires ne donnent pas lieu à remboursement par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Cette caisse peut se voir confier par convention au nom et pour le compte de l'Etat la gestion de l'octroi des prestations. Toutefois, en attendant les décisions concernant l'imputabilité, la caisse fournit les provisions nécessaires et est subrogée aux droits de l'intéressé à remboursement au titre du statut dans la limite des avances consenties.

La Caisse nationale militaire de sécurité sociale peut également se voir confier par convention, au nom et pour le compte de l'Etat, la gestion des prestations de soins médicaux gratuits prévues par le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre.

Article D713-7-1

Les militaires mentionnés au premier alinéa de l'article D. 713-17 ne bénéficient des dispositions des articles D. 713-3 et D. 713-4 que pendant les périodes au cours desquelles ils résident temporairement sur le territoire métropolitain.

Leurs ayants droit bénéficient des dispositions des articles D. 713-3 et D. 713-4 lorsqu'ils résident ou séjournent sur le territoire métropolitain.

Les militaires en service ou en mission en Polynésie française, et leurs ayants droit qui résident avec eux, bénéficient des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité prévues à l'article R. 761-13 et servies dans les conditions définies aux articles D. 713-3 et D. 713-4, sous réserve des dispositions de l'article 18 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination entre les régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale.

Les militaires qui exercent leurs fonctions en Nouvelle-Calédonie, mentionnés au premier alinéa de l'article L. 712-11-1, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient, lorsqu'ils séjournent en Nouvelle-Calédonie, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité prévues à l'article R. 761-13 et servies dans les conditions définies aux articles D. 713-3 et D. 713-4, sous réserve des dispositions du paragraphe 3 de l'article 19 de l'accord de coordination annexé au décret n° 2002-1371 du 19 novembre 2002 portant coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale.

Article D713-7-2

Les militaires titulaires d'une pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite et les titulaires d'une pension de réversion au titre de ce code du chef de ces personnes bénéficient, lorsqu'ils résident en Polynésie française et n'exercent pas d'activité professionnelle, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité prévues à l'article R. 761-13 et servies dans les conditions définies aux articles D. 713-3 et D. 713-4, sous réserve des dispositions de l'article 21 du décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination entre les régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale.

Leurs ayants droit qui résident avec eux bénéficient également des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité visées à l'alinéa précédent.

Sous-section 2 : Capital décès.

Article D713-8

Sous réserve des dispositions de l'article D. 713-9, les ayants droit de tout militaire à solde mensuelle bénéficient au moment du décès, et quels que soient l'origine, le moment ou le lieu de celui-ci, d'un capital décès sous réserve que le militaire se trouve au moment du décès dans une des positions mentionnées aux 1° et 2° du premier alinéa de l'article D. 713-1.

Le capital est calculé dans les mêmes conditions que celles fixées par la sous-section 3 de la section 2 du chapitre 2 du présent titre.

Article D713-9

Les militaires à solde mensuelle ayant un âge supérieur ou égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2 et non encore admis à faire valoir leurs droits à la retraite ouvrent droit au capital décès prévu par l'article L. 361-1 du présent code.

Article D713-10

Les militaires à solde spéciale progressive et les militaires à solde forfaitaire ouvrent droit, en cas de décès, au capital décès du régime général de sécurité sociale.

Article D713-11

Le paiement du capital décès est à la charge de l'Etat. Les dépenses y afférentes sont liquidées et payées par les administrations auxquelles appartiennent les intéressés.

Article D713-12

Le capital décès, majorations comprises, est versé aux ayants droit mentionnés à l'article D. 712-20.

Article D713-13

Le capital décès mentionné à la présente sous-section n'est pas soumis aux droits de mutation en cas de décès.

Article D713-14

Le calcul du capital décès des militaires résidant hors du territoire métropolitain s'effectue dans les mêmes conditions que celles fixées par la sous-section 3 de la section 2 du chapitre 2 du présent titre.

Section 3 : Cotisations.

Article D713-15

Sous réserve des dispositions de l'article D. 713-17, le taux de la cotisation à la charge de l'Etat, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité versées aux personnels relevant de la Caisse

nationale militaire de sécurité sociale, est fixé à 9,70 %. Cette cotisation est assise sur la solde soumise à retenue pour pension et sur la solde spéciale.

L'assiette de la cotisation due à la Caisse nationale des allocations familiales pour les intéressés est identique à celle fixée à l'alinéa précédent.

Article D713-16

Les cotisations dues par les militaires retraités ou leurs ayants cause, en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1, dont le taux est fixé au 3° de l'article D. 711-5, sont assises sur les avantages de retraite versés aux intéressés dans la limite du plafond prévu au premier alinéa de l'article L. 241-3.

Article D713-17

En application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1, le taux de la cotisation afférente à la couverture des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à la charge des militaires en service ou en mission dans les territoires d'outre-mer est fixé à 1 %. Cette cotisation est précomptée sur les soldes des intéressés qui sont payées pour le net. Le taux de la cotisation à la charge de l'Etat pour ces militaires est fixé à 2,95 %.

Ces taux sont appliqués à la solde soumise à retenue pour pension et à la solde spéciale que percevraient les intéressés s'ils étaient en service en métropole.

Pour la couverture des prestations en nature, le taux de la cotisation due au titre des militaires en service ou en mission en Polynésie française, lorsqu'ils sont rémunérés sur le budget général de l'Etat ou sur le budget d'un établissement public de l'Etat ne présentant pas un caractère industriel et commercial, est fixé à 14,45 %, soit 9,70 % à la charge de l'Etat et 4,75 % à la charge de l'assuré en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1.

Article D713-18

Les cotisations prévues à l'article D. 711-4, au premier alinéa de l'article D. 713-15 et à l'article D. 713-17 sont versées le 5 de chaque mois, au titre du mois précédent, à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale par les organismes payeurs des soldes des intéressés.

Section 4 : Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Article D713-20

Les dépenses résultant du contrôle médical sont à la charge de la caisse et donnent lieu, de ce fait, à annulation de dépenses ou fonds de concours au titre des chapitres budgétaires intéressés, selon les modalités à préciser par l'arrêté mentionné à l'article L. 713-16.

Article D713-21

La caisse nationale militaire de sécurité sociale est soumise au contrôle prévu par le décret n° 55-733 du 26 mai 1955 portant codification, en application de la loi n° 55-360 du 3 avril 1955, et aménagement des textes relatifs au contrôle économique et financier de l'Etat.

Article D713-21-1

En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement, en application des articles 29 à 31 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, des prestations qu'elle a versées à une personne relevant du présent régime qui a été victime d'un accident imputable en tout ou partie à un tiers, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale perçoit une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable dont le montant est déterminé, sur la base de ces prestations, dans les conditions définies au cinquième alinéa de l'article L. 376-1.

Cette indemnité est établie et recouvrée dans les conditions définies aux articles 192 et 193 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Section 5 : Dispositions communes avec le régime des fonctionnaires.

Article D713-22

Les cotisations dues, en application du deuxième alinéa de l'article L. 131-7-1, par les fonctionnaires et militaires de carrière retraités ou leurs ayants cause titulaires d'une pension de réversion et calculées conformément aux articles D. 711-5 (3°), D. 712-39 et D. 713-16 sont précomptées sur les arrérages des pensions servies aux intéressés, qui sont payés pour le net.

Article D713-23

Le produit de la cotisation mentionnée à l'article D. 713-22 est ordonnancé par le ministre chargé du budget :

a) Le 5 de chaque mois, au titre du mois précédent, à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

b) Le 5 de chaque mois, au titre du mois précédent, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, par l'intermédiaire de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Les sommes versées dans les conditions prévues à l'alinéa précédent au titre d'une année déterminée peuvent faire l'objet d'une révision, lors de la publication du compte général de l'administration des finances concernant ladite année, d'après les paiements d'arrérages réellement constatés en dépense.

Section 6 : Dispositions d'application.

Article D713-24

Les bénéficiaires des soins du service de santé des armées sont soumis aux dispositions des articles L. 162-5 et L. 162-5-3 sous réserve des dispositions du présent article.

Lorsque les militaires consultent un médecin sur prescription d'un médecin du service de santé des armées, les dispositions relatives à la majoration de la participation, prévues au cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3, et aux dépassements d'honoraires, prévues au 18° de l'article L. 162-5, ne leur sont pas applicables.

Article D713-25

Conformément à l'article L. 162-5, les bénéficiaires des soins du service de santé des armées peuvent désigner comme médecin traitant un médecin du service de santé des armées.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 1 : Régimes spéciaux

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Article D715-1

Les dépenses du régime spécial institué par la loi du 22 juillet 1922 relative aux retraites des agents des chemins de fer secondaires d'intérêt général, des chemins de fer d'intérêt local et des tramways sont constituées par :

1° Les prestations servies en application des articles 12 à 17,18 et 25 bis de la loi du 22 juillet 1922 susvisée ;

2° Les prestations servies en application des articles D. 173-1 à D. 173-11 et correspondant à des périodes d'affiliation au régime spécial de retraites institué par la loi du 22 juillet 1922 susvisée ;

3° Les majorations servies en application de l'article L. 814-2 aux titulaires des prestations visées aux 1° et 2° ci-dessus ;

4° Les allocations servies en application des articles L. 815-2 et L. 815-3 aux titulaires des prestations visées aux 1° et 2° ci-dessus ;

5° La contribution due en application du deuxième alinéa de l'article L. 814-5 au titre du régime spécial de retraites institué par la loi du 22 juillet 1922 susvisée ;

6° La contribution au Fonds national d'action sanitaire et sociale visé à l'article R. 251-14 (3°) correspondant aux prestations d'action sanitaire et sociale servies, dans les mêmes conditions que pour les retraités du régime général, aux titulaires des prestations mentionnées aux 1° et 2° ci-dessus.

Article D715-3

Le montant de la contribution de la Caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport (CARCEPT) prévue au deuxième alinéa de l'article L. 715-1 est déterminé, au titre d'un exercice, dans les conditions fixées aux articles 11 bis (deuxième alinéa) et 14 du décret n° 55-1297 du 3 octobre 1955 modifié.

Des acomptes trimestriels, à valoir sur le montant de cette contribution, sont versés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au plus tard le dernier jour du deuxième mois suivant chaque trimestre civil.

Le montant de ces acomptes trimestriels est déterminé sur la base, d'une part, des cotisations définies aux articles 11 bis (deuxième alinéa) et 14 du décret du 3 octobre 1955 susvisé encaissées au titre du trimestre précédent et, d'autre part, de l'évolution prévisionnelle du total des années de service visées au premier alinéa de cet article 14 déterminée par la Caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, chacune pour ce qui la concerne.

Lorsque le total des acomptes versés au titre d'un exercice diffère du montant de la contribution due par la CARCEPT pour cet exercice en application du premier alinéa, il est procédé à un ajustement au cours du premier semestre de l'exercice suivant.

Article D715-9

La comptabilité de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés doit permettre de suivre distinctement les opérations afférentes à la gestion du régime spécial visé à l'article L. 715-1.

Article D715-11

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés communique à la Caisse autonome de retraites complémentaires et de prévoyance du transport les informations nécessaires à cette dernière pour le calcul de la contribution à sa charge.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 2 : Régimes divers de non-salariés et assimilés

Chapitre 2 : Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)

Section 1 : Champ d'application - Affiliation.

Article D722-1

Les personnes mentionnées aux articles L. 722-1, L. 722-2 et L. 722-3 sont affiliées à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est située leur résidence.

L'affiliation est effectuée, soit à la demande des intéressés, soit d'office par la caisse primaire d'assurance maladie.

La caisse primaire d'assurance maladie notifie l'affiliation des personnes mentionnées aux articles L. 722-2 et L. 722-3 à la section professionnelle de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales dont elles relèvent.

Article D722-2

La date d'effet de l'affiliation ou de la radiation est le jour du début ou de la fin de l'activité professionnelle.

Section 2 : Financement - Cotisations.

Article D722-3

I. # Le taux de la cotisation prévue à l'article L. 722-4 est fixé :

1° Au niveau du taux mentionné au premier alinéa de l'article D. 612-4 pour les assurés mentionnés à l'article L. 722-1 ;

2° A 3,2 % pour les assurés mentionnés aux articles L. 722-2 et L. 722-3 relevant du deuxième alinéa de l'article L. 131-9.

II. # (Abrogé)

Article D722-4

La cotisation annuelle due par les assurés mentionnés à l'article L. 722-1 est versée à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

La cotisation due par les assurés mentionnés aux articles L. 722-2 et L. 722-3 est précomptée sur les arrérages de l'allocation de vieillesse dont ils sont titulaires dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ce même arrêté fixe les conditions dans lesquelles la cotisation ainsi précomptée sera versée à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article D722-10

Les praticiens et auxiliaires médicaux qui relèvent, au titre d'une activité salariée ou assimilée, du régime général de sécurité sociale ou d'un régime spécial prévu à l'article L. 711-1 sont redevables de la cotisation prévue à la présente section.

Article D722-11

La cotisation due par les assurés en activité est payable chaque année, par versements mensuels ou trimestriels, dans les conditions fixées aux articles R. 133-26, R. 133-27 et R. 133-29.

Le cas échéant, il est fait application :

1° En cas de non-paiement de la cotisation aux échéances fixées aux articles R. 133-26 et R. 133-27, des majorations prévues l'article R. 243-18, qui peuvent faire l'objet d'une remise totale ou partielle sous les conditions et limites prévues aux articles R. 243-19-1, R. 243-20, R. 243-20-1 et de sursis à poursuites dans les conditions prévues à l'article R. 243-21 ;

2° En cas de non-paiement de la cotisation, ainsi qu'éventuellement des majorations de retard, des procédures de recouvrement forcé prévues aux articles R. 133-1 à R. 133-3, R. 244-4, R. 244-5 et R. 244-7, mises en œuvre par l'organisme en charge du recouvrement ou la caisse primaire d'assurance maladie compétente.

Section 3 : Prestations.

Article D722-14

Le droit aux prestations est ouvert à la date de l'affiliation comportant obligation de cotiser, sous réserve de l'application du dernier alinéa de l'article L. 722-6.

En ce qui concerne les prestations de l'assurance maternité, la charge en incombe, sous réserve des conditions d'ouverture des droits, au régime d'affiliation à la date de la première constatation médicale de la grossesse.

Pour l'ouverture du droit aux prestations en nature de l'assurance maternité de l'assuré qui cesse d'appartenir au régime d'assurance maladie, maternité, décès prévu au présent chapitre, et qui, sans interruption, relève soit du régime prévu au titre III du livre III du présent code, soit du régime prévu au chapitre 2 du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, chaque journée d'affiliation au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés est considérée comme équivalant à six heures de travail salarié.

Article D722-15

Les modalités d'application des articles L. 722-8, L. 722-8-1 et L. 722-8-3 sont celles prévues aux articles D. 613-4-1, D. 613-4-2 à l'exception du 1°, D. 613-4-4 à l'exception des premier et deuxième alinéas et aux articles D. 613-6 à D. 613-13.

Pour l'application de ces dispositions aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et à leurs conjoints collaborateurs, la référence à la caisse primaire d'assurance maladie est substituée à la référence à l'organisme conventionné et la référence au praticien ou auxiliaire médical est substituée à la référence au chef d'entreprise.

Article D722-15-1

L'allocation forfaitaire de repos maternel prévue au premier alinéa de l'article L. 722-8-1 est égale à deux fois le montant du salaire minimum de croissance prévu aux articles L. 141-1 et suivants du code du travail.

Article D722-15-2

L'indemnité journalière forfaitaire prévue au deuxième alinéa de l'article L. 722-8 est versée pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après celui-ci, sous réserve de cesser toute activité rémunérée durant la période d'indemnisation et pendant au moins huit semaines, dont deux semaines avant l'accouchement.

En cas de naissances multiples, cette période commence douze semaines avant la date présumée de l'accouchement, vingt-quatre semaines en cas de naissance de plus de deux enfants et se termine vingt-deux semaines après la date de l'accouchement. En cas de naissance de deux enfants, la période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de quatre

semaines ; la période d'indemnisation de vingt-deux semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

Lorsque l'assurée elle-même ou le ménage assume déjà la charge d'au moins deux enfants dans les conditions prévues aux premier et troisième alinéas de l'article L. 521-2, ou lorsque l'assurée a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables, la période d'indemnisation prévue au premier alinéa est portée à huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et dix-huit semaines après celui-ci. La période d'indemnisation antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de deux semaines ; la période d'indemnisation postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

Les périodes de congé prénatal prévues aux alinéas précédents qui n'ont pas été prises ne peuvent pas être reportées sur le congé postnatal.

Article D722-15-3

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, les périodes d'indemnisation prévues à l'article D. 722-15-2 ne sont pas réduites de ce fait.

En cas d'accouchement plus de six semaines avant la date présumée exigeant l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période d'indemnisation prénatale est augmentée du nombre de jours courant de la date réelle de l'accouchement au début du congé de la mère.

Article D722-15-4

Par dérogation aux durées fixées à l'article D. 722-15-2, l'indemnité journalière forfaitaire peut également être attribuée, sur prescription médicale, au cours de la période prénatale, en cas d'état pathologique résultant de la grossesse, pendant une durée supplémentaire n'excédant pas deux semaines. La cessation d'activité à laquelle correspond cette indemnité peut être prescrite à partir de la déclaration de grossesse.

Dans le cas où l'enfant est resté hospitalisé jusqu'à l'expiration de la sixième semaine suivant l'accouchement, l'assurée peut demander le report, à la date de la fin de l'hospitalisation de l'enfant, de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle elle peut encore prétendre en application de l'article D. 722-15-2. Toutefois, pour l'assurée bénéficiaire de la période supplémentaire de congé prénatal prévue au second alinéa de l'article D. 722-15-3, la possibilité de report du reliquat de congé ne lui est ouverte qu'après consommation de cette période.

Article D722-15-5

Le caractère effectif de la cessation de toute activité rémunérée ouvrant droit aux indemnités mentionnées aux articles D. 722-15-2 et D. 722-18 donne lieu à une déclaration sur l'honneur de l'assurée, accompagnée d'un certificat médical attestant de la durée de l'arrêt de travail.

Article D722-15-6

Pour bénéficier de l'indemnisation mentionnée à l'article L. 722-8-4, le père, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle doit adresser sa demande à l'organisme de sécurité sociale dont il relève, au moyen d'un imprimé, accompagné le cas échéant de pièces justificatives, dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale.

Ils peuvent, à leur demande, bénéficier d'une prolongation de leur durée d'indemnisation dans les conditions et selon les modalités définies aux articles D. 613-4-2, D. 613-4-3, D. 613-6 et D. 613-9, si la mère n'en avait pas bénéficié, ainsi que du report prévu à l'article D. 722-15-4.

Article D722-16

Le capital décès versé dans les conditions prévues aux articles L. 361-1 et L. 361-4 est égal au quart du revenu ayant servi au calcul de la cotisation, sans toutefois pouvoir être inférieur à 1 p. 100 du montant du plafond prévu par l'article L. 241-3 applicable au jour du décès, ni supérieur au quart dudit plafond.

Article D722-17

En application du dernier alinéa de l'article L. 722-6, les prestations ne sont servies que sur justification de l'acquittement des cotisations soit à la date des soins dont le remboursement est demandé, soit à la date de la première constatation médicale de la grossesse, soit à la date de l'interruption d'activité ou de collaboration ouvrant droit à indemnisation dans les conditions prévues aux articles L. 722-8 à L. 722-8-3, soit à la date du décès.

Article D722-18

Pour l'application de l'article L. 722-8-2 :

- 1° Le point de départ de l'indemnité journalière est le quatrième jour de l'incapacité de travail ;
- 2° La durée maximale de la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est fixée à quatre-vingt-sept jours consécutifs ;
- 3° Le montant de l'indemnité journalière est égal au plafond fixé à la première phrase de l'article R. 323-9.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 2 : Régimes divers de non-salariés et assimilés

Chapitre 3 : Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès)

Section 1 : Organisation administrative et financière

Sous-section 1 : Organisation administrative

Article D723-1

Pour l'application du troisième alinéa de l'article L. 723-6-1, la Caisse nationale des barreaux français assume les compétences dévolues aux organismes chargés du recouvrement des cotisations au régime général.

Sous-section 2 : Ressources

Article D723-1-1

Le taux de la cotisation proportionnelle prévue au deuxième alinéa de l'article L. 723-5 est fixé, dans la limite de sept fois la première tranche de revenus du régime de retraite complémentaire mentionné à l'article L. 723-14, à 3,10 %.

Article D723-2

Pour l'application des articles L. 723-5 et L. 723-6-1 aux avocats visés à l'article L. 311-3 (19°), une quote-part fixée à 40 p. 100 du montant de la cotisation est à la charge du salarié.

Section 3 : Prestations

Article D723-3

La pension prévue à l'article L. 723-10 peut être liquidée avant l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 pour les assurés qui justifient, dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, de périodes d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes d'une durée minimale au moins égale à celle fixée à l'article D. 351-1-1, à l'âge et dans les conditions fixées audit article et selon les modalités fixées aux articles D. 351-1-2 et D. 351-1-3.

Article D723-4

Pour l'exercice de la faculté de versement de cotisations prévue à l'article L. 723-10-3, sont applicables les dispositions des articles D. 351-3 à D. 351-6 et D. 351-10 à D. 351-14-1 sous réserve des dispositions suivantes :

1° La référence au régime d'assurance vieillesse des avocats est substituée à la référence au régime général de sécurité sociale ;

2° La référence à l'article L. 723-10-3 est substituée à la référence à l'article L. 351-14-1 ;

3° La référence au 1° du I de l'article L. 723-10-3 est substituée à la référence au 1° du I de l'article L. 351-14-1 ;

4° Abrogé ;

5° Au dernier alinéa de l'article D. 351-4, la référence à la Caisse nationale des barreaux français est substituée à la référence à la caisse visée à cet alinéa ;

6° La référence à l'article D. 723-5 est substituée à la référence à l'article D. 351-7 ;

7° La référence à l'article D. 723-6 est substituée à la référence à l'article D. 351-8 ;

8° La référence à l'article D. 723-7 est substituée à la référence à l'article D. 351-9 ;

9° Pour l'application de l'article D. 351-14-1 :

a) Au 1° du II, le montant : "670 €" est remplacé par le montant : "695 €" ;

b) Au 2° du II, le montant : "1 000 €" est remplacé par le montant : "1 030 €".

Article D723-5

Le versement prévu à l'article L. 723-10-3 peut être pris en compte :

1° Soit en vue de l'atténuation du coefficient de minoration prévu à l'article R. 723-38 et sans que le versement soit pris en compte dans la durée d'assurance prévue au 1° de l'article R. 723-37 ;

2° Soit en vue de l'atténuation du coefficient de minoration prévu à l'article R. 723-38 et avec prise en compte du versement dans la durée d'assurance prévue au 1° de l'article R. 723-37.

Le choix de l'assuré est exprimé dans la demande et est irrévocable.

Article D723-6

En vue d'assurer la neutralité actuarielle du versement prévu à l'article L. 723-10-3, le montant du versement à effectuer au titre de chaque trimestre est égal, pour un âge donné, à la valeur, actualisée à l'année au cours de laquelle l'assuré présente sa demande et majorée d'un coefficient forfaitaire représentatif des avantages de réversion, de la différence entre :

1° S'il est effectué au titre du 1° de l'article D. 723-5, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée trimestriellement, à terme échu, à l'âge de référence fixé au 3° de l'article D. 723-7 et égale au produit du montant annuel de la pension de retraite de base fixé en application de l'article R. 723-43, revalorisée par l'application du coefficient mentionné au 3° de l'article D. 723-6, par un rapport égal à $171/172$ et minorée de 1,25 % ;

2° S'il est effectué au titre du 2° de l'article D. 723-5, d'une part, la somme actualisée d'une pension de référence liquidée trimestriellement, à terme échu, à l'âge de référence fixé au 3° de l'article D. 723-7 et égale au montant annuel de la pension de retraite de base fixé en application de l'article R. 723-43, revalorisée par l'application du coefficient mentionné au 3° de l'article D. 723-6 et, d'autre part, la somme actualisée de cette même pension multipliée par un rapport égal à $171/172$ et minorée de 1,25 %.

3° Les modalités prévues au II de l'article D. 351-8 sont applicables à l'actualisation prévue au présent article, sous réserve :

a) De la prise en compte, pour les assurés âgés de plus de soixante-deux ans, d'un taux diminué de 0,05 point par année d'âge à partir du taux fixé au c dudit II ;

b) (supprimé).

Article D723-7

Pour l'application de l'article D. 723-6, la valeur d'un trimestre est déterminée sur la base des paramètres et en application des formules suivantes :

1° Le coefficient forfaitaire visé au premier alinéa de l'article D. 723-6 est égal au coefficient fixé en application du 2° de l'article D. 351-9 ;

2° Les coefficients viagers pris en compte dans la formule ci-après sont ceux déterminés en application du 3° de l'article D. 351-9 ;

3° La valeur d'un trimestre est déterminée, selon l'option prévue à l'article D. 723-5 précité, par l'application de la formule suivante :

a) Au titre du 1° de l'article D. 723-5 :

(Formule non reproduite)

b) Au titre du 2° de l'article D. 723-5 :

(Formule non reproduite)

où :

P est le montant de la pension de retraite de base fixée en application de l'article R. 723-43 du code de la sécurité sociale et revalorisée, pour les années postérieures à 2004, par application du taux de majoration fixé au 1° de l'article D. 351-9 ;

C est le coefficient de minoration fixé au c du 4° de l'article D. 351-9 ;

D est la durée maximale d'assurance fixée au c du 4° de l'article D. 351-9 ;

E est le terme actuariel défini comme correspondant à la rente viagère trimestrielle à terme échu égale à une unité pour un intéressé d'âge B et un différé égal à A-B, déterminé selon la formule suivante :

(Formule non reproduite)

i est le taux d'actualisation fixé en application du II de l'article D. 351-8 et du a du 3° de l'article D. 723-6 ;

k est un coefficient dont la valeur varie en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande :

de 0 à 51 pour les assurés âgés de 66 ans ;

de 0 à 52 pour les assurés âgés de 65 ans ;

de 0 à 53 pour les assurés âgés de 64 ans ;

de 0 à 54 pour les assurés âgés de 63 ans ;

de 0 à 55 pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ;

A est l'âge de référence fixé, en fonction de l'âge de l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande, à :

66 ans pour les assurés âgés de 66 ans ;

65 ans pour les assurés âgés de 65 ans ;

64 ans pour les assurés âgés de 64 ans ;

63 ans pour les assurés âgés de 63 ans ;

62 ans pour les assurés âgés de 62 ans ou moins ;

B est l'âge atteint par l'assuré à la date à laquelle il présente sa demande ;

L (A + k) est l'effectif à l'âge (A + k) de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9 ;

L (A) est l'effectif à l'âge A de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9 ;

L (B) est l'effectif à l'âge B de la génération à laquelle appartient l'assuré, indiqué par les tables mentionnées au 3° de l'article D. 351-9.

Article D723-8

Les conditions d'âge, d'incapacité, de durée d'assurance et les pièces justificatives requises pour l'application du III de l'article L. 723-10-1 sont celles fixées aux articles D. 351-1-5 et D. 351-1-6.

Article D723-9

La pension de retraite des assurés handicapés mentionnée au III de l'article L. 723-10-1 est majorée dans les conditions prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article D. 351-1-5. La majoration s'ajoute, le cas échéant, aux montants visés aux 2° et 3° de l'article R. 723-37.

Article D723-10

Les modalités prévues à l'article R. 723-67-4 sont celles définies aux articles D. 723-6 et D. 723-7.

Article D723-11

Les modalités d'échelonnement du versement en échéances mensuelles définies à l'article R. 723-67-3 sont celles prévues aux articles D. 351-11 et D. 351-12.

Article D723-12

Les modalités d'interruption du versement sont celles définies à l'article D. 351-14.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 3 : Dispositions communes aux régimes complémentaires de salariés

Chapitre 1er : Constitution et fonctionnement des régimes complémentaires de salariés.

Article D731-1

Les règlements des institutions de prévoyance mentionnées à l'article R. 731-2 (5°), autorisées à réaliser des opérations relatives aux plans d'épargne en vue de la retraite, doivent comporter des clauses relatives à l'exercice de la faculté de renonciation des participants, à leur valeur de réduction et de rachat et à la participation aux résultats des participants telles que définies aux articles D. 731-2 à D. 731-6 et dans les arrêtés pris pour leur application.

Article D731-2

Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat visant à lui offrir un avantage individuel de prévoyance a la faculté d'y renoncer, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant un délai de trente jours courant à compter du premier versement ou paiement.

La proposition comprend à cet effet un modèle de lettre type destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation. L'institution de prévoyance mentionnée à l'article R. 731-2 (5°) doit en outre remettre, contre récépissé, une note d'information comportant des indications précises et claires sur les dispositions essentielles du contrat ainsi que sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation. Le défaut de remise des documents énumérés au présent alinéa entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu à l'alinéa ci-dessus pendant trente jours à compter de la date de la remise effective de ces documents.

La renonciation entraîne la restitution par l'institution de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans un délai maximal de trente jours courant à compter de la réception de la lettre recommandée. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

Article D731-3

Toute personne physique qui a signé un contrat visant à lui offrir un avantage individuel de prévoyance ayant un caractère d'épargne peut demander à l'interrompre et, le cas échéant, à recouvrer les sommes versées dès lors que celles-ci l'ont été pendant au moins deux années.

Une pénalité peut être rattachée à la valeur de réduction et à la valeur de rachat ; elle ne peut excéder un taux fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Dès la signature du contrat, l'institution de prévoyance mentionnée à l'article R. 731-2 (5°) informe le contractant de ces dispositions et lui communique au moins une fois par an le montant de la valeur de réduction et de la valeur de rachat du contrat ; celles-ci sont déterminées en fonction des provisions mathématiques constituées.

Sauf dans le cas de circonstances exceptionnelles constaté par décret, la valeur de réduction ou la valeur de rachat du contrat est versée au contractant dans un délai de deux mois courant à partir de sa demande. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à compter de l'expiration de ce délai.

Article D731-4

Les contrats relatifs au plan d'épargne en vue de la retraite donnent obligatoirement lieu à engagement de l'institution.

Article D731-5

Les contrats réalisés au titre du plan d'épargne en vue de la retraite prévoient une participation des participants aux produits techniques et financiers.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les conditions d'application du présent article, et notamment le montant minimal de cette participation et le délai dans lequel elle est attribuée au bénéficiaire.

Article D731-6

Les contrats relatifs au plan d'épargne en vue de la retraite ne peuvent comporter d'engagement excédant le taux technique figurant dans leur règlement et défini sur la base des éléments visés à l'article R. 731-34.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 3 : Dispositions communes aux régimes complémentaires de salariés

Chapitre 2 : Prestations

Article D732-1

Il est alloué aux membres de la commission instituée par l'article L. 951-1 une indemnité forfaitaire, par séance effectivement tenue, dans la limite de vingt-six séances par membre et par an. Une indemnité mensuelle est, en outre, allouée au président de la commission.

Article D732-2

Le président de la commission peut faire appel à des rapporteurs extérieurs qui perçoivent pour les dossiers qu'ils rapportent une rémunération égale au produit d'un nombre de vacations horaires par le taux unitaire de ces vacations.

Le nombre de vacations alloué par dossier est fixé par le président de la commission.

Le taux unitaire des vacations est fixé à 1/1 000 du traitement brut annuel afférent à l'indice brut 494 soumis à retenue pour pension.

Ces vacations sont exclusives de toute autre rémunération pour travaux effectués pour le compte du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D732-3

Le montant des indemnités allouées au président et aux membres de la commission et le nombre maximum annuel de vacations susceptibles d'être allouées à un même rapporteur, en application des articles précédents, sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de la fonction publique.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 4 : Assurance personnelle - Assurance volontaire

Chapitre 2 : Assurance volontaire vieillesse et assurance volontaire invalidité

Section 1 : Dispositions concernant le régime des salariés

Sous-section 4 : Personnes chargées de famille

Paragraphe 1 : Dispositions communes à la personne chargée de famille résidant en France et hors de France.

Article D742-1

La situation de famille mentionnée au 2° du troisième alinéa de l'article L. 742-1 est celle de la personne qui se consacre à l'éducation d'au moins un enfant à la charge de son foyer et âgé de moins de vingt ans à la date de la demande d'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse.

La durée minimale prévue au 2° de l'article L. 742-1 est de cinq années.

Article D742-2

La personne chargée de famille qui exerce une activité professionnelle, salariée ou non salariée, cesse d'être affiliée à l'assurance volontaire.

Toutefois, l'assurée volontaire qui cesse de remplir la condition de famille fixée à l'article D. 742-1 peut rester affiliée à l'assurance volontaire.

Article D742-3

La cotisation due par les personnes mentionnées au 2° du troisième alinéa de l'article L. 742-1 est calculée en retenant :

1°) le taux cumulé de la cotisation patronale et ouvrière en vigueur dans le régime général de sécurité sociale pour la couverture des risques vieillesse et veuvage ;

2°) Une assiette forfaitaire égale, pour chaque trimestre d'une année, au produit du montant du salaire horaire minimum de croissance par cinq cent sept. Le salaire horaire minimum de croissance mentionné ci-dessus est celui en vigueur au 1er janvier de l'année civile considérée.

Article D742-4

L'adhésion à l'assurance volontaire prend effet au premier jour du trimestre civil suivant le dépôt de la demande.

Paragraphe 2 : Dispositions concernant la personne chargée de famille résidant en France.

Article D742-5

Les dispositions des articles R. 742-1 à R. 742-7 sont applicables, aux conditions fixées à la présente sous-section, aux personnes chargées de famille mentionnées par le 2° du troisième alinéa de l'article L. 742-1 et résidant en France.

Paragraphe 3 : Dispositions concernant la personne chargée de famille résidant hors de France.

Article D742-6

En application du 2° du troisième alinéa de l'article L. 742-1, la personne chargée de famille résidant hors du territoire français qui ne relève pas à titre personnel du régime d'assurance volontaire français, qui n'exerce aucune activité professionnelle et dont la situation de famille est celle mentionnée à l'article D. 742-1 peut s'assurer volontairement pour le risque vieillesse.

Pour s'assurer volontairement, l'intéressée adresse à la caisse des Français de l'étranger une demande d'adhésion accompagnée des pièces justificatives suivantes :

1°) pour justifier de son identité et de sa nationalité, une photocopie certifiée conforme par les autorités consulaires de la carte nationale d'identité ou une photocopie certifiée conforme du certificat de nationalité ;

2°) pour justifier de l'absence d'activité professionnelle, notamment une photocopie de la déclaration de revenus du ménage ;

3°) pour justifier de l'âge de l'enfant, une fiche d'état civil et tout document attestant que l'enfant vit au foyer de l'intéressée.

Article D742-7

Les cotisations sont payables d'avance à la caisse des Français de l'étranger dans les quinze premiers jours de chaque trimestre civil. Elles sont exigibles à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande d'affiliation à l'assurance volontaire. Le règlement des cotisations donne lieu à l'envoi ou à la remise par la caisse des Français de l'étranger d'une quittance valant attestation de paiement.

Les cotisations peuvent être réglées d'avance, pour l'année civile entière, à la demande des redevables.

Article D742-8

L'immatriculation est faite à la diligence de la caisse des Français de l'étranger qui reçoit et instruit la demande et porte à la connaissance des intéressés le montant des cotisations trimestrielles à payer.

Article D742-9

Les personnes mentionnées au 2° du troisième alinéa de l'article L. 742-1 peuvent désigner un mandataire résidant dans la métropole et chargé, par elles, d'accomplir les formalités de demandes d'immatriculation et de versement des cotisations.

Article D742-10

L'assurée qui s'abstient de verser la cotisation trimestrielle à l'échéance prescrite au premier alinéa de l'article D. 742-7 est radiée de l'assurance volontaire. Toutefois, la radiation ne peut être effectuée qu'après envoi, par la caisse des Français de l'étranger, d'un avertissement par lettre recommandée, invitant l'intéressée à régulariser sa situation dans le délai d'un mois à compter de la réception de l'avertissement préalable.

Article D742-11

L'assurée volontaire a la faculté de demander la résiliation de son assurance par simple lettre adressée à la caisse des Français de l'étranger. La radiation prend effet à compter du premier jour du mois qui suit la demande et comporte, le cas échéant, remboursement partiel des cotisations acquittées au titre du trimestre ou de l'année civile considérée.

Article D742-12

En cas de radiation ou de résiliation, les périodes au cours desquelles les cotisations ont été acquittées entrent en ligne de compte pour l'ouverture du droit à pension de vieillesse et pour le calcul de ladite pension.

Paragraphe 4 : Dispositions relatives à l'assurance volontaire invalidité parentale.

Article D742-12-1

En application du quatrième alinéa de l'article L. 742-1, la situation de famille requise pour s'assurer volontairement pour le risque invalidité est la même que celle définie à l'article D. 742-1.

Article D742-12-2

Pour recevoir une pension d'invalidité, l'assuré doit justifier d'une durée minimum d'assurance de douze mois consécutifs à la date de la constatation de l'invalidité.

Article D742-12-3

Pour bénéficier de l'assurance volontaire invalidité parentale, la personne chargée de famille, non couverte à ce titre lors de la demande, ne doit pas à cette date être atteinte d'une affection congénitale ou acquise invalidante.

L'acceptation de la demande d'adhésion à l'assurance volontaire invalidité parentale est à cette fin subordonnée à la réponse à un questionnaire sur l'honneur par l'intéressée et à un questionnaire établi par un médecin sur l'état de santé de l'intéressée et les diverses affections dont elle a été atteinte.

La caisse notifie sa décision après avis du service du contrôle médical qui dispose d'un délai de trois mois à compter de la réception de ladite demande pour faire procéder, s'il le juge utile, à un examen médical. Les honoraires et les frais se rapportant à cet examen médical sont à la charge de la caisse.

Article D742-12-4

Pour l'application de l'article L. 341-1, la capacité de travail est appréciée par rapport à l'activité de la personne au foyer chargée de famille et la capacité de gain, s'agissant d'un assuré n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle, est appréciée par rapport à une rémunération égale, par mois, au salaire minimum interprofessionnel de croissance défini aux articles L. 141-1 à L. 141-9 du code du travail multiplié par 169.

Section 2 : Dispositions concernant les régimes des non salariés non-agricoles

Sous-section 1 : Dispositions communes aux trois régimes.

Article D742-13

La validation des périodes d'activité professionnelle antérieure à la mise en vigueur du régime d'assurance vieillesse dont relève l'activité exercée par l'intéressé est effectuée dans les conditions prévues par la réglementation applicable en métropole à ce régime.

Toutefois, cette validation est subordonnée au versement d'un montant de cotisations égal à celui des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 634-2-2 pour une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-3 et L. 622-4 ou au premier alinéa de l'article L. 643-2 pour une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-5.

Pour les assurés âgés de soixante-sept ans ou plus à la date de présentation de leur demande de rachat, le montant des cotisations est égal au montant des cotisations prévues par l'alinéa précédent pour les assurés âgés de soixante-deux ans, diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

Article D742-14

Les demandes d'adhésion à l'assurance volontaire prévues par l'article L. 742-6 doivent être présentées dans un délai de dix ans à compter du premier jour de l'exercice de l'activité à l'étranger.

Les personnes mentionnées à l'article L. 742-7 doivent présenter leur demande dans un délai de dix ans à compter du dernier jour de l'exercice de leur activité à l'étranger, ou de celle de leur conjoint décédé.

Article D742-15

La durée minimale prévue au 1° de l'article L. 742-6 et aux deux premiers alinéas de l'article L. 742-7 est de cinq années.

Le montant des cotisations dues au titre du rachat prévu à l'article L. 742-7 est égal à celui des cotisations prévues au premier alinéa de l'article L. 634-2-2 pour une activité professionnelle énumérée à l'article L.

622-3 et L. 622-4 ou au premier alinéa de l'article L. 643-2 pour une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-5.

Pour les assurés âgés de soixante-sept ans ou plus à la date de présentation de leur demande de rachat, le montant des cotisations est égal au montant des cotisations prévues par l'alinéa précédent pour les assurés âgés de soixante-deux ans, diminué de 2,5 % par année révolue au-delà de cet âge.

Le versement des cotisations dues peut être échelonné dans les mêmes conditions que le versement des cotisations prévues à l'article L. 634-2-2 ou à l'article L. 643-2. Il peut être mis fin au versement dans les mêmes conditions que pour le versement des cotisations prévues à l'article L. 634-2-2 ou à l'article L. 643-2.

La mise en paiement des pensions ou rentes liquidées en faveur des intéressés est ajournée jusqu'au moment où le versement des cotisations dont il s'agit est terminé.

Article D742-17-1

Les assurés ayant au moins l'âge prévu par l'article L. 161-17-2 à la date de dépôt de leur demande de rachat peuvent obtenir la liquidation de leurs droits à l'assurance vieillesse à compter, au plus tôt, du premier jour du mois suivant la date de ce dépôt, sous réserve que leur demande d'affiliation à l'assurance volontaire ait été présentée dans le délai fixé à l'article D. 742-14 et que leur demande de pension ait été formée dans les six mois suivant la notification par la caisse compétente de leur admission au rachat de cotisations d'assurance volontaire vieillesse.

Les prestations de vieillesse sont révisées avec effet au premier jour du mois civil suivant la date de la demande de rachat, compte tenu des périodes validées au titre du rachat, dans la limite du maximum de trimestres susceptibles d'être pris en compte à la date d'entrée en jouissance initiale de ces prestations de vieillesse.

La demande de rachat ne peut concerner des périodes d'activité postérieures à la date d'entrée en jouissance d'une prestation de vieillesse.

Sous-section 2 : Dispositions communes au régime des professions artisanales et à celui des professions industrielles et commerciales.

Article D742-18

Les personnes remplissant les conditions définies au 2° de l'article L. 742-6 et ayant exercé en dernier lieu une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, ne peuvent demander le bénéfice de l'assurance volontaire gérée par les régimes mentionnés aux articles L. 622-3 et L. 622-4 que si elles ne bénéficient pas d'un avantage de vieillesse acquis au titre de l'un de ces régimes.

Article D742-19

L'adhésion volontaire implique l'adhésion aux régimes complémentaires obligatoires applicables, en vertu des articles L. 635-1 et L. 635-5, aux ressortissants de la profession exercée par l'intéressé ou qu'il a exercée en dernier lieu.

Article D742-20

Les demandes d'adhésion à l'assurance volontaire doivent être présentées :

1°) dans le délai prévu à l'article D. 742-14 en ce qui concerne les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 ;

2°) dans le délai de six mois qui suit la date d'effet de la radiation de l'intéressé à titre de cotisant obligatoire, en ce qui concerne les personnes mentionnées aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 742-6, ou à la date à laquelle l'intéressé a commencé à participer à l'exercice de l'activité professionnelle non salariée du chef d'entreprise en ce qui concerne les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 742-6.

Toutefois, les demandes d'adhésion présentées par les conjoints de chefs d'entreprise mentionnés au 4° de l'article L. 742-6 ne sont soumises à aucun délai.

Article D742-21

La caisse compétente pour recevoir les demandes d'adhésion est :

1°) La caisse de base du régime social des indépendants mentionnée à l'article R. 611-61, en ce qui concerne les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 ;

2°) la caisse à laquelle elles ont été affiliées en dernier lieu à titre de cotisant obligatoire en ce qui concerne les personnes mentionnées aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 742-6 ;

3°) la caisse à laquelle est affilié le chef d'entreprise en ce qui concerne les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 742-6.

Article D742-22

L'affiliation à l'assurance volontaire prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande. Toutefois, les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 peuvent demander que leur affiliation à l'assurance volontaire prenne effet au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle elles ont commencé à exercer une activité professionnelle non salariée à l'étranger, les personnes mentionnées aux 2°, 3° et 5° de l'article L. 742-6 que leur affiliation prenne effet à la date de leur radiation à titre de cotisant obligatoire et les personnes mentionnées au 4° de l'article L. 742-6 que leur affiliation prenne

effet au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle elles ont commencé à participer à l'exercice de l'activité professionnelle non salariée du chef d'entreprise.

Pour les conjoints mentionnés au 4° de l'article L. 742-6 l'affiliation prend effet au premier jour de l'année civile qui suit celle de leur demande. Toutefois, les intéressés peuvent demander que cette date d'effet soit fixée au premier jour de l'année civile au cours de laquelle leur demande a été présentée.

En cas de début d'activité du chef d'entreprise, le conjoint peut également demander que son affiliation prenne effet en même temps que celle de ce dernier, s'il remplit à cette date les conditions requises au 4° de l'article L. 742-6.

Article D742-23

L'assuré volontaire a la faculté de demander la résiliation de son assurance par simple lettre adressée à la caisse dont il relève. La radiation prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande.

La radiation est prononcée d'office par la caisse lorsque l'assuré volontaire cesse de remplir les conditions mentionnées à l'article L. 742-6 avec effet du premier jour du trimestre civil qui suit la date à laquelle lesdites conditions ont cessé d'être remplies.

Article D742-24

Les assurés volontaires mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 742-6 sont, en vue du calcul du montant de leur cotisation, répartis en trois catégories, chacune de ces catégories correspondant à un pourcentage du plafond annuel mentionné à l'article L. 633-10. Ce pourcentage est déterminé par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Les intéressés sont classés dans la catégorie correspondant à leur dernier revenu professionnel non salarié ou, à défaut d'un tel revenu, dans la catégorie la plus élevée.

La caisse peut toutefois décider, soit d'office, après enquête sur les revenus de toute nature des intéressés, leur affectation à une catégorie supérieure, soit sur la demande des intéressés, au vu des justifications fournies et, s'il y a lieu, après enquête, leur affectation à une catégorie inférieure ou supérieure.

Le montant de la cotisation est déterminé en appliquant au revenu de la catégorie le taux de la cotisation en vigueur dans l'assurance obligatoire.

Article D742-25

Pour les assurés volontaires mentionnés au 4° de l'article L. 742-6, la cotisation est calculée dans les conditions prévues à l'article D. 633-12.

Article D742-26

Pour les assurés volontaires mentionnés au 5° de l'article L. 742-6, l'assiette de cotisation à laquelle est appliqué le taux de la cotisation d'assurance vieillesse obligatoire en vigueur est déterminée selon les critères suivants :

1° Les assurés dont les revenus sont égaux ou supérieurs au plafond annuel de sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3 cotisent sur une assiette correspondant à 100 % de ce plafond ;

2° Les assurés dont les revenus sont inférieurs au montant du plafond annuel de sécurité sociale et supérieurs à la moitié de ce plafond cotisent sur une assiette correspondant à 75 % de ce plafond ;

3° Les assurés dont les revenus sont inférieurs ou égaux à la moitié du plafond annuel de sécurité sociale et supérieurs au tiers de ce plafond cotisent sur une assiette correspondant à 50 % de ce plafond ;

4° Les assurés dont les revenus sont égaux ou inférieurs au tiers du plafond annuel de sécurité sociale cotisent sur une assiette correspondant au tiers de ce plafond.

Les revenus pris en compte pour la détermination de l'assiette de cotisation d'assurance vieillesse sont ceux ayant servi de base au calcul des cotisations de l'assurance vieillesse obligatoire dues au titre de l'année civile d'activité précédant celle au cours de laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire. Lorsque cette année civile ne correspond pas à une année entière d'activité, les revenus pris en compte sont ceux de l'année au cours de laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions d'affiliation obligatoire, rétablis le cas échéant sur la base d'une année entière.

Article D742-28

Le montant de la cotisation annuelle ne peut être inférieur à celui de la cotisation qui serait due au titre d'un revenu égal à 200 fois le montant horaire du salaire minimum de croissance en vigueur le 1er janvier de l'année considérée.

Article D742-31

Sous réserve, le cas échéant, des dispositions des articles D. 742-22, D. 742-23 et D. 742-33 la cotisation est annuelle.

Elle est répartie en deux fractions semestrielles exigibles respectivement le 1er janvier et le 1er juillet et qui doivent être versées directement par l'assuré au siège de la caisse dont il relève, le 15 février et le 31 juillet au plus tard.

Le cas échéant, il peut être fait application des dispositions du deuxième alinéa de l'article D. 633-7.

Article D742-33

L'assuré volontaire qui s'abstient de verser la cotisation semestrielle à l'échéance prescrite à l'article D. 742-31 est radié de l'assurance volontaire. Toutefois, la radiation ne peut être effectuée qu'après envoi, par la caisse, d'un avertissement par lettre recommandée invitant l'intéressé à régulariser sa situation dans les quinze jours à compter de la réception de l'avertissement préalable.

Article D742-34

L'assurance volontaire donne droit, dans les mêmes conditions que l'assurance obligatoire, aux prestations de l'assurance vieillesse et, s'il y a lieu, de l'assurance invalidité-décès, sous réserve des dispositions de l'article L. 742-10.

Les pensions de vieillesse sont calculées par référence au revenu annuel correspondant aux cotisations de l'assurance volontaire effectivement versées.

Les périodes d'assurance obligatoire et d'assurance volontaire se cumulent pour l'ouverture du droit aux prestations et pour le calcul de celles-ci.

Sous-section 4 : Dispositions concernant les régimes des professions libérales et des avocats

Article D742-36

L'adhésion volontaire inclut l'adhésion aux régimes complémentaires obligatoires applicables, en vertu des articles L. 644-1 et L. 723-14, aux personnes exerçant ou ayant exercé en dernier lieu une profession énumérée à l'article L. 622-5 ou L. 723-1 et à leur conjoint collaborateur.

Article D742-37

Les demandes d'adhésion à l'assurance volontaire doivent être présentées :

1° Dans le délai prévu à l'article D. 742-14, en ce qui concerne les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 ;

2° Dans le délai de six mois qui suit la date d'effet de la radiation de l'intéressé à titre de cotisant obligatoire, en ce qui concerne les personnes mentionnées aux 2° et 5° de l'article L. 742-6.

Article D742-38

La caisse compétente pour recevoir les demandes d'adhésion est :

1° La section professionnelle désignée à l'article R. 641-1 dont relève l'activité exercée, en ce qui concerne les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 et exerçant une profession énumérée à l'article L. 622-5 ;

2° La caisse désignée à l'article L. 723-1, en ce qui concerne les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 et exerçant une profession mentionnée à l'article L. 723-1 ;

3° La caisse à laquelle elles ont été affiliées en dernier lieu à titre de cotisant obligatoire, en ce qui concerne les personnes mentionnées aux 2° et 5° de l'article L. 742-6.

Article D742-39

L'affiliation à l'assurance volontaire prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande, sous réserve des deux alinéas suivants.

Les personnes mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 peuvent demander que leur affiliation à l'assurance volontaire prenne effet au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle elles ont commencé à exercer une activité professionnelle non salariée à l'étranger, sans que le nombre d'années prises en compte puisse excéder cinq années pour les personnes exerçant une profession mentionnée à l'article L. 622-5.

Les personnes mentionnées aux 2° et 5° de l'article L. 742-6 peuvent demander que leur affiliation prenne effet à la date de leur radiation à titre de cotisant obligatoire.

Article D742-40

L'assuré volontaire a la faculté de demander la résiliation de son assurance par simple lettre adressée à la caisse dont il relève. La radiation prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande.

La radiation est prononcée d'office par la caisse lorsque l'assuré volontaire cesse de remplir les conditions mentionnées à l'article L. 742-6 avec effet du premier jour du trimestre civil qui suit la date à laquelle lesdites conditions ont cessé d'être remplies.

Article D742-41

Pour les personnes admises à cotiser à titre volontaire mentionnées au 1° de l'article L. 742-6, les cotisations dues au titre des deux premières années sont assises, à titre provisionnel, sur les revenus d'activité non salariés de la dernière année civile d'activité entière, tels qu'ils sont définis à l'article L. 131-6. Les cotisations des années suivantes sont assises sur les revenus d'activité non salariés tels qu'ils sont communiqués à la caisse par les assurés.

Par dérogation à l'alinéa précédent, pour les personnes admises à cotiser à titre volontaire mentionnées au 1° de l'article L. 742-6 et débutant l'activité ouvrant droit à cette admission, les cotisations dues au titre des deux premières années sont calculées dans les conditions prévues à l'article D. 131-1.

Pour les personnes admises à cotiser à titre volontaire mentionnées au 2° de l'article L. 742-6, les cotisations dues au titre de la première année sont assises sur les revenus d'activité non salariés de la dernière année

civile d'activité entière, tels qu'ils sont définis à l'article L. 131-6. Pour le calcul des cotisations dues au titre des années suivantes, ces revenus sont revalorisés en appliquant le taux d'évolution du plafond défini à l'article L. 241-3 constaté entre le 1er janvier de l'année correspondant à sa dernière année d'activité et le 1er janvier de l'année en cours.

Pour les personnes admises à cotiser à titre volontaire mentionnées au 5° de l'article L. 742-6, les cotisations sont assises sur les revenus mentionnés à l'article D. 642-5-2 ayant servi de base au calcul des cotisations dues au titre de la dernière année civile d'activité entière ou, à défaut, de la dernière année civile d'activité, revalorisés dans les conditions prévues à l'alinéa précédent.

Article D742-42

Le montant de la cotisation annuelle ne peut être calculé sur une assiette inférieure à celle mentionnée à l'article D. 642-4 pour les cotisants relevant du régime mentionné à l'article L. 641-2.

Article D742-43

Sous réserve, le cas échéant, des dispositions des articles D. 742-39, D. 742-40 et D. 742-44, la cotisation est annuelle.

Article D742-44

L'assuré volontaire qui s'abstient de verser la cotisation à l'échéance est radié de l'assurance volontaire. Toutefois, la radiation ne peut être effectuée qu'après envoi, par la caisse, d'un avertissement par lettre recommandée invitant l'intéressé à régulariser sa situation dans les quinze jours à compter de la réception de l'avertissement préalable.

Article D742-45

L'assurance volontaire donne droit, dans les mêmes conditions que l'assurance obligatoire, aux prestations de l'assurance vieillesse de base et de complémentaire et, s'il y a lieu, de l'assurance invalidité-décès.

Les périodes d'assurance obligatoire et d'assurance volontaire se cumulent pour l'ouverture du droit aux prestations et pour le calcul de celles-ci.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 1er : Généralités.

Article D751-1

Il est créé à la Réunion une direction départementale de la sécurité sociale dont les attributions sont les mêmes que celles dévolues à la direction régionale mentionnée à l'alinéa précédent.

Les fonctionnaires des services mentionnés aux alinéas précédents sont nommés conjointement par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 2 : Organisation administrative et financière - Contentieux

Section 1 : Dispositions communes aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales.

Article D752-1

Les dispositions de l'article D. 231-24 sont applicables aux caisses générales de sécurité sociale et aux caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D752-2

Les représentants des exploitants agricoles dans les conseils d'administration des caisses générales de sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales des départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont désignés par la fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles.

Section 2 : Dispositions relatives aux caisses générales de sécurité sociale.

Article D752-3

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, les attributions dévolues par les dispositions du chapitre Ier du titre IV du présent livre aux caisses primaires d'assurance maladie et aux unions de recouvrement sont exercées par les caisses générales.

Section 3 : Dispositions relatives aux caisses d'allocations familiales.

Article D752-4

Les sommes versées au titre de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 n'entrent pas en compte pour la détermination des ressources du fonds d'action sanitaire et sociale spécialisé des caisses d'allocations familiales desdits départements.

Article D752-6

Pour l'application du 1° du I de l'article L. 752-3-1 lorsque l'effectif employé, calculé sur la moyenne des six derniers mois, passe en dessous de onze salariés, suite à une réduction d'effectif ou à une restructuration de l'entreprise, celle-ci adresse au directeur de l'organisme chargé du recouvrement une demande tendant à bénéficier de l'exonération visée au I de l'article L. 752-3-1.

Le directeur dudit organisme saisit, dans les quinze jours suivant l'envoi ou le dépôt de la demande, le représentant de l'Etat dans le département pour avis. Cet avis est rendu, dans un délai de deux mois suivant la demande, en fonction de la justification de l'évolution des effectifs au regard de l'activité de l'entreprise au cours de l'année considérée, le cas échéant en tenant compte de la constitution d'une unité économique et sociale.

Dans le cas où la demande est acceptée, l'exonération est appliquée à compter du premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été déposée, sous réserve de régularisation, pour l'année civile concernée, lorsque l'effectif est déterminé selon les modalités prévues à l'article R. 752-20.

Section 4 : Contentieux

Section 5 : Dispositions relatives aux exonérations de cotisations prévues à l'article L. 752-3-2.

Article D752-7

Les communes qui satisfont aux critères définis au 4° du IV de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale sont les suivantes :

1° En Guadeloupe : les communes de Baillif, Bouillante, Deshaies, Gourbeyre, Pointe-Noire, Trois-Rivières, Vieux-Fort et Vieux-Habitants ;

2° En Martinique : les communes de L'Ajoupa-Bouillon, Basse-Pointe, Bellefontaine, Case-Pilote, Fonds-Saint-Denis, Grand'Rivière, Le Carbet, Le Lorrain, Le Marigot, Le Morne-Rouge, Le Morne-Vert, le Prêcheur, Macouba et Saint-Pierre.

Article D752-8

I.-L'exonération prévue à l'article L. 752-3-2 est applicable aux cotisations de sécurité sociale qui sont dues au titre des rémunérations des salariés employés dans des établissements situés en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, à l'exception des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, conformément aux articles L. 241-5 et L. 752-3-2. Les effectifs sont appréciés dans les conditions prévues au V de l'article L. 752-3-2.

II.-Pour les employeurs occupant un effectif de moins de onze salariés, l'exonération mentionnée au III de l'article L. 752-3-2 est déterminée de la façon suivante :

1° Pour les employeurs mentionnés au A du III de l'article L. 752-3-2, lorsque le salaire horaire brut est égal ou supérieur au SMIC majoré de 60 %, le montant mensuel de l'exonération est égal au produit de la rémunération mensuelle brute versée au salarié par un coefficient déterminé par l'application de la formule suivante :

Coefficient = $T/0,7 \times (2,3 \times \text{SMIC} \times 1,4 \times \text{nombre d'heures rémunérées} / \text{rémunération mensuelle brute} - 1,4)$;

2° Pour les employeurs mentionnés au B du III de l'article L. 752-3-2, lorsque le salaire horaire brut est égal ou supérieur au SMIC majoré de 100 %, le montant mensuel de l'exonération est égal au produit de la rémunération mensuelle brute versée au salarié par un coefficient déterminé par l'application de la formule suivante :

Coefficient = $T \times (3 \times \text{SMIC} \times 1,4 \times \text{nombre d'heures rémunérées} / \text{rémunération mensuelle brute} - 1,4)$;

III.-Pour les employeurs occupant au moins onze salariés et satisfaisant aux critères d'éligibilité fixés aux 2°, 3° ou 4° du II de l'article L. 752-3-2, le montant mensuel de l'exonération mentionnée au III du même article est égal au produit de la rémunération mensuelle brute versée au salarié par un coefficient déterminé par l'application de la formule déterminée selon les modalités suivantes :

1° Pour les employeurs mentionnés au A du III de l'article L. 752-3-2 :

Coefficient = $T/0,7 \times (2 \times \text{SMIC} \times 1,3 \times \text{nombre d'heures rémunérées} / \text{rémunération mensuelle brute} - 1,3)$;

2° Pour les employeurs mentionnés au B du III de l'article L. 752-3-2 :

Coefficient = $T/1,6 \times (3 \times \text{SMIC} \times 1,4 \times \text{nombre d'heures rémunérées} / \text{rémunération mensuelle brute} - 1,4)$;

IV.-L'exonération prévue au IV de l'article L. 752-3-2 est déterminée de la façon suivante :

1° Pour les employeurs mentionnés au A du III de l'article L. 752-3-2, lorsque le salaire horaire brut est égal ou supérieur au SMIC majoré de 150 %, le montant mensuel de l'exonération est égal au produit de la rémunération mensuelle brute versée au salarié par un coefficient déterminé par l'application de la formule suivante :

Coefficient = $T \times (3,5 \times \text{SMIC} \times 1,7 \times \text{nombre d'heures rémunérées} / \text{rémunération mensuelle brute} - 1,7)$;

2° Pour les employeurs mentionnés au B du III de l'article L. 752-3-2, lorsque le salaire horaire brut est égal ou supérieur au SMIC majoré de 150 %, le montant mensuel de l'exonération est égal au produit de la rémunération mensuelle brute versée au salarié par un coefficient déterminé par l'application de la formule suivante :

Coefficient = $T/2 \times (4,5 \times \text{SMIC} \times 1,7 \times \text{nombre d'heures rémunérées} / \text{rémunération mensuelle brute} - 1,7)$.

V.-Pour le calcul des formules définies aux II, III et IV :

1° La valeur notée " T " correspond à la somme des taux des cotisations de sécurité sociale à la charge de l'employeur applicables au niveau du salaire minimum de croissance, à l'exclusion du taux des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

2° Le coefficient obtenu par application de la formule est arrondi à quatre décimales, au dix millième le plus proche. S'il est supérieur à la valeur T, il est pris en compte pour une valeur égale à T ;

3° Le SMIC est le taux horaire du salaire minimum de croissance pris en compte pour sa valeur du premier jour de la période d'emploi rémunérée ;

4° La rémunération mensuelle brute est constituée des gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale pour le mois considéré ;

5° Pour les salariés dont la rémunération ne peut être déterminée au cours du mois en fonction d'un nombre d'heures de travail rémunérées ou pour lesquels le contrat de travail est suspendu, il est fait application des dispositions de l'article D. 241-27.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 3 : Assurances sociales

Section 2 : Assurance vieillesse

Sous-section 1 : Dispositions générales.

Article D753-1

L'article D. 357-18 est applicable dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Sous-section 2 : Personnes qui ont la charge d'un enfant handicapé ou d'un handicapé adulte.

Section 3 : Dispositions diverses

Sous-section 2 : Fonctionnaires de l'Etat.

Article D753-3

Les décrets mentionnés à l'article L. 753-9 sont pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre de l'intérieur.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Section 1 : Généralités.

Article D755-1

L'arrêté mentionné à l'article L. 755-2 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget, le ministre chargé de l'agriculture et le ministre chargé des départements d'outre-mer.

Article D755-2

Les dispositions de l'article R. 553-1 et des articles D. 553-1, D. 553-2, D. 553-3 et D. 553-4 sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D755-4

Sont autorisés à servir directement les prestations familiales à l'exception de la prestation d'accueil du jeune enfant à leurs personnels de droit public en activité les collectivités locales et leurs établissements publics ne présentant pas un caractère industriel ou commercial mentionnés par le premier alinéa de l'article L. 755-10.

Section 2 : Allocations familiales.

Article D755-5

I. - Les taux servant au calcul des allocations familiales et de la majoration prévue à l'article L. 755-11 sont identiques à ceux mentionnés à l'article D. 521-1.

II. - En application de l'article L. 755-11, 2e alinéa, le taux servant au calcul des allocations familiales servies pour un seul enfant à charge est fixé à 5,88 p. 100 de la base mensuelle prévue à l'article L. 755-3.

La majoration des allocations familiales pour un seul enfant à charge est fixée à 3,69 p. 100 de la base mensuelle prévue à l'article L. 755-3 à partir de onze ans et à 5,67 p. 100 à partir de seize ans.

Article D755-5-1

Les dispositions des articles D. 521-2 à D. 521-4 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Section 3 : Complément familial.

Article D755-6

Le montant du complément familial est fixé à 23,79 p. 100 de la base mensuelle prévue à l'article L. 755-3.

Article D755-6-1

Le taux du complément familial majoré est égal à 30,93 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales fixée en application de l'article L. 551-1.

Section 4 : Allocation de soutien familial.

Article D755-7

Les articles R. 523-1 à R. 523-6, R. 581-1 à R. 581-9 et D. 523-1 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D755-8

Les taux servant au calcul de l'allocation de soutien familial sont identiques à ceux qui sont applicables en métropole.

Section 7 : Allocation d'éducation spéciale.

Article D755-11

Le montant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, de ses compléments et de sa majoration éventuels est identique à celui qui est applicable en métropole.

Section 8 : Allocation de logement familiale.

Article D755-12

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, l'allocation de logement est attribuée aux personnes ou ménages qui remplissent les conditions prévues aux articles L. 542-1 et L. 755-21, qui occupent à titre de résidence principale un local à usage d'habitation et qui entrent dans l'une des catégories suivantes :

1°) locataires, sous-locataires et occupants à titre onéreux ;

2°) personnes accédant à la propriété de leur logement pendant la période au cours de laquelle les intéressés se libèrent de la dette contractée à cet effet et, le cas échéant, de la dette contractée pour effectuer des travaux destinés à permettre l'ouverture du droit à l'allocation de logement :

a. soit qu'elles se libèrent d'une dette contractée en vue d'effectuer des travaux susceptibles d'ouvrir droit au bénéfice de la législation sur les HLM ou au bénéfice des primes à la construction ;

b. soit qu'elles aient souscrit un contrat de location-vente ou un bail à construction qui leur confère un droit de propriété sur les constructions existantes ou édifiées.

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 755-21, l'âge limite est fixé à vingt-deux ans.

La notion de résidence principale mentionnée au présent article doit être entendue au sens du logement effectivement occupé au moins huit mois par an, soit par l'allocataire, soit par son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin, soit par une des personnes à charge au sens de l'article D. 755-17 sauf obligation professionnelle, raison de santé ou cas de force majeure.

Le logement mis à la disposition d'un requérant par un des ascendants ou de ses descendants n'ouvre pas droit au bénéfice de l'allocation. Les seuils mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 542-2 sont fixés à 10 % pour les parts de propriété et à 10 % pour les parts d'usufruit, sans que l'ensemble de ces parts ne puisse égaler ou dépasser 10 % au total.

Article D755-13

L'allocation de logement est due à la date et aux conditions définies à l'article L. 542-2.

Le droit s'éteint à compter du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf si la clôture du droit résulte du décès de l'allocataire ou de son conjoint ou d'une personne à charge, auquel cas le droit prend fin le premier jour du mois civil suivant le décès.

Les changements intervenus dans la composition de la famille ou dans la situation de l'allocataire ou de son conjoint et qui sont de nature à modifier ses droits à l'allocation prennent effet et cessent de produire leur effet selon les règles ci-dessus définies respectivement pour l'ouverture et pour l'extinction des droits.

Les dispositions du présent article ne peuvent avoir pour effet d'interrompre le service de l'allocation de logement en cas de déménagement si le droit à la prestation est ouvert au titre du nouveau logement.

Article D755-14

Les mensualités de remboursement versées dans les cas prévus au 2° de l'article D. 755-12 sont assimilées aux loyers selon les modalités fixées à l'article D. 755-27.

Article D755-15

Les ressources prises en compte pour l'attribution de l'allocation de logement sont celles définies à l'article D. 542-9.

Sont exclus du décompte des ressources, les arrérages des rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée et mentionnés à l'article 199 septies du code général des impôts.

Ne sont prises en compte que pour la fraction dépassant le plafond individuel prévu à l'article L. 815-9 du présent code les ressources de chacune des personnes qui sont :

1°) soit ascendants de l'allocataire ou de son conjoint âgés de moins de soixante-cinq ans ou d'au moins soixante ans en cas d'inaptitude au travail ;

2°) soit titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles et sont ascendants, descendants ou collatéraux au deuxième ou au troisième degré de l'allocataire ou de son conjoint ;

3°) soit enfants de l'allocataire ou de son conjoint.

L'exercice prévu au présent article est une période de douze mois consécutifs commençant le 1er janvier de chaque année.

Article D755-16

Les ressources mentionnées à l'article D. 755-15 sont déterminées dans les conditions prévues aux articles D. 542-10 et D. 542-10-1.

Toutefois, les dispositions des dix-septième et dix-huitième alinéas de l'article D. 542-10 ne sont pas applicables aux opérations de logements évolutifs sociaux ou de logements très sociaux, en accession à la propriété aidée par l'Etat.

Article D755-17

Sont considérées comme personnes à charge pour l'application de l'article L. 755-21 sous réserve que leurs ressources déterminées dans les conditions prévues à l'article D. 755-16 soient inférieures au plafond individuel prévu à l'article L. 815-9 en vigueur au 31 décembre de l'année de référence, et dans les limites prévues au deuxième alinéa de l'article D. 755-24, les personnes à charge entrant dans le champ d'application des articles D. 542-4 et D. 755-12.

Article D755-18

L'inaptitude au travail reconnue au titre d'un régime d'assurance vieillesse résultant de dispositions législatives ou réglementaires s'impose à l'organisme liquidateur de l'allocation de logement.

Lorsqu'il est fait état de l'inaptitude au travail d'un ascendant à charge âgé de soixante à soixante-cinq ans sans qu'une prestation de vieillesse ait été allouée à ce titre, l'organisme liquidateur procède à la constitution du dossier de l'intéressé et à sa transmission au service du contrôle médical fonctionnant auprès de la caisse générale de sécurité sociale du département de résidence du demandeur. L'inaptitude est appréciée par référence aux dispositions de l'article L. 351-7. Le service du contrôle médical fait connaître son avis à l'organisme liquidateur : celui-ci notifie sa décision motivée à la personne intéressée en précisant les voies de recours mises à sa disposition conformément aux articles L. 143-1 et suivants.

Les ascendants, descendants, frères et soeurs, oncles et tantes ou neveux et nièces de l'allocataire ou de son conjoint ne peuvent être considérés comme étant à sa charge pour l'application du 5° de l'article L. 542-1, que s'ils justifient qu'ils sont atteints d'une incapacité permanente au moins égale à 80 p. 100 ou si la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles leur reconnaît, compte tenu de leur handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Article D755-19

Sous réserve des dispositions de l'article D. 755-37, pour ouvrir droit à l'allocation, le logement doit répondre aux conditions suivantes :

1° Remplir les caractéristiques de logement décent telles que définies par le décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application des premier et deuxième alinéas de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 modifiée tendant à améliorer les rapports locatifs.

2° présenter une surface habitable globale au moins égale à seize mètres carrés pour un ménage sans enfant ou deux personnes, augmentée de neuf mètres carrés par personne en plus dans la limite de soixante-dix mètres carrés pour huit personnes et plus.

Article D755-21

L'allocation de logement est attribuée sur demande de l'intéressé introduite auprès de l'organisme débiteur des prestations familiales.

Article D755-22

Le modèle de la demande d'allocation de logement et de son renouvellement, ainsi que la liste des pièces justificatives, comprenant notamment une attestation de respect des conditions prévues au deuxième alinéa de l'article D. 755-19, sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du logement.

Article D755-23

En cas de non-présentation avant le 1er janvier d'un état des personnes vivant habituellement au foyer, y compris les enfants à charge qui viennent y habiter périodiquement ou qui sont momentanément absents pour des raisons tenant à leur état de santé ou à leur éducation ainsi que d'une déclaration sur l'honneur indiquant le total des ressources perçues au cours de l'année civile de référence par l'intéressé et par toutes les personnes vivant habituellement au foyer dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article D. 755-15 et telles que définies à l'article D. 755-16, le paiement des allocations de logement peut être suspendu.

Les changements dans les conditions de peuplement des locaux doivent être déclarés dans un délai d'un mois.

Article D755-24

Sous réserve des dispositions de l'article D. 755-28 et du présent article, le montant de l'allocation de logement est obtenu par application des dispositions des articles D. 542-5 et D. 542-5-2 ;

Les limites inférieures et supérieures de chacune des tranches de ressources prévues au 5° du II de l'article D. 542-5.

sont affectées des coefficients (ou nombre de parts) ci-après :

1,5 pour un ménage sans enfant ;

2,5 pour un ménage ou une personne avec un enfant ou une personne à charge ;

3 pour un ménage ou une personne avec deux enfants ou personnes à charge ;

3,7 pour un ménage ou une personne avec trois enfants ou personnes à charge ;

4,3 pour un ménage ou une personne avec quatre enfants ou personnes à charge ;

4,8 pour un ménage ou une personne avec cinq enfants ou personnes à charge ;

5,3 pour un ménage ou une personne avec six enfants ou personnes à charge et plus.

Article D755-24-1

Pour les personnes qui perçoivent l'allocation de logement visée au II de l'article D. 542-5, la dépense nette de logement obtenue en déduisant de la somme du loyer principal pris en compte (L) et du montant forfaitaire des charges (C) le montant mensuel de l'allocation de logement doit être au moins égale à un minimum forfaitaire fixé à 15 euros.

Lorsque la dépense nette de logement est inférieure au minimum forfaitaire, il est appliqué au montant mensuel de l'allocation de logement un abattement égal à la différence constatée.

Dans les cas mentionnés au 2° du deuxième alinéa de l'article D 755-12, à l'exception du a, la mensualité nette obtenue en déduisant des charges mensuelles de prêts déclarés, majorées du montant forfaitaire des charges, le montant de l'allocation de logement due aux accédants, doit être au moins égale à un minimum déterminé par le produit d'un coefficient fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, de l'agriculture et du logement et du montant des ressources prises en compte pour le calcul de l'allocation de logement, déterminées en application des articles D 542-10 et D 542-11. Lorsque la mensualité nette est inférieure au minimum, il est appliqué au montant mensuel de l'allocation un abattement égal à la différence constatée.

Toutefois, les dispositions du troisième alinéa ne sont pas applicables aux ménages ayant bénéficié d'une aide de l'Etat pour l'acquisition d'un logement évolutif social, ni aux ménages qui acquièrent un logement très social ayant fait l'objet d'une aide de l'Etat à la construction de logements à vocation très sociale.

Article D755-25

L'allocation de logement est versée mensuellement.

Lorsque le montant de l'allocation de logement, calculé selon les modalités prévues à l'article D. 755-24, est inférieur à 15 Euros par mois, il n'est pas procédé à son versement.

Le montant de l'allocation de logement, versé net des contributions sociales qui s'y appliquent, est arrondi à l'euro inférieur.

Article D755-26

L'allocation de logement est versée pour une période de douze mois débutant au 1er janvier de chaque année. Elle est calculée sur la base, en cas de location, du loyer principal effectivement payé pour le mois de juillet de l'année précédente, ou, en cas d'accession à la propriété, sur la base de la mensualité acquittée au titre des charges mentionnées à l'article D. 755-27.

Lorsque le droit à l'allocation de logement n'est pas ouvert pour toute la durée de la période de douze mois précitée, l'allocation de logement est calculée et servie proportionnellement au nombre de mois pendant lesquels le droit est ouvert.

L'allocation de logement fait l'objet d'une liquidation unique pour chaque exercice. Elle ne peut être révisée au cours de l'exercice que dans les cas suivants :

1°) lorsque la composition de la famille est modifiée ;

2°) lorsque l'allocataire s'installe dans un nouveau logement, dans ce cas, l'allocation est révisée soit sur la base du loyer principal effectivement payé pour le premier mois de location du nouveau local, soit sur la base des paiements incombant à l'allocataire en vue de l'accession à la propriété pour la partie de la période restant à courir.

Article D755-27

Sont seuls pris en considération par l'organisme liquidateur pour le calcul de l'allocation de logement due aux personnes mentionnées au 2° de l'article D. 755-12, sous déduction des primes et bonifications :

1°) les charges d'intérêts et d'amortissement et les charges accessoires au principal de la dette, afférentes aux emprunts ayant fait, pour chacun d'entre eux, l'objet d'un certificat daté, notifié par les organismes prêteurs précisant les modalités et la périodicité des paiements et présenté par le requérant à l'appui de sa demande d'allocation de logement ;

2°) les charges d'intérêts et d'amortissements et les charges accessoires afférentes aux emprunts substitués à ceux qui sont mentionnés au 1° ci-dessus, dans la limite des sommes restant dues en capital sur le montant du premier prêt ;

3°) les charges afférentes au paiement à terme de tout ou partie du prix d'achat ou ayant pour objet de financer les dépenses jugées indispensables à la délivrance du certificat de conformité ou à la mise en état d'habitabilité certifiée par le maire ;

4°) le versement des primes de l'assurance vie contractée par le bénéficiaire en garantie de l'exécution des engagements souscrits ;

5°) les loyers payés en vertu d'un contrat de location-vente ou d'un bail à construction.

Ne sont notamment pas pris en considération par les organismes payeurs de l'allocation de logement :

1°) les remboursements effectués par le bénéficiaire en anticipation des obligations résultant des contrats de prêts qu'il a souscrits ;

2°) (supprimé)

3°) les prêts constituant une obligation au porteur.

Toutefois, peuvent être pris en considération les prêts au logement consentis par les banques ou les établissements financiers et en représentation desquels des billets à ordre ont été créés en vue d'une mobilisation éventuelle de la créance dès lors que, dans le contrat de prêt lui-même, le créancier et le débiteur sont expressément désignés et que les paiements sont effectifs.

Article D755-28

Pour l'application des articles D. 755-24 à D. 755-26, le loyer principal effectivement payé est pris en considération dans la limite d'un plafond mensuel auquel s'ajoute une majoration forfaitaire au titre des charges. Les montants mensuels des plafonds de loyers et de la majoration forfaitaire représentative des charges varient en fonction de la taille de la famille. Ils sont fixés par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget, du ministre chargé de l'agriculture, du ministre chargé du logement et du ministre chargé des départements et des territoires d'outre-mer, pris après avis du conseil d'administration de la caisse nationale des allocations familiales.

L'arrêté mentionné à l'alinéa précédent fixe par ailleurs le montant forfaitaire servant au calcul du RP et les modalités de calcul de la participation personnelle prévus au I de l'article D. 542-5.

Cet arrêté fixe également, compte tenu de la date à laquelle ont été contractés les emprunts faisant l'objet du certificat de prêt prévu à l'article D. 755-27, le plafond mensuel dans la limite duquel sont prises en considération les sommes définies audit article D. 755-27 auquel s'ajoute pour le calcul de l'allocation de logement due aux personnes mentionnées au 2° de l'article D. 755-12, la majoration forfaitaire représentative des charges prévue à l'alinéa précédent. Ce plafond ne pourra, en aucun cas, être inférieur à celui qui était en vigueur lors de l'entrée dans les lieux sous réserve qu'il s'agisse d'un local habité pour la première fois par le bénéficiaire.

L'arrêté interministériel prévu au présent article fixe en outre le plafond de la prime de déménagement.

Pour les étudiants logés en résidence universitaire, l'allocation de logement est calculée selon les modalités définies à l'article D. 831-2-1.

Ce montant est augmenté de la majoration forfaitaire représentative des charges.

Lorsque plusieurs personnes ou ménages constituant des foyers distincts occupent le même logement et qu'ils sont cotitulaires du bail ou de l'engagement de location, le montant mensuel de la majoration forfaitaire représentative des charges est fixé par l'arrêté mentionné au premier alinéa. ;

Lorsque plusieurs personnes ou ménages constituant des foyers distincts occupent le même logement et qu'ils sont copropriétaires du logement et cotitulaires du prêt, il est fait application à chaque personne ou ménage concerné :

- du coefficient N correspondant à la situation familiale du ménage ou de la personne tel que défini à l'article D. 755-24 ;

- de l'élément C prévu au présent article dans des conditions fixées par l'arrêté mentionné ci-dessus.

Lorsque le logement occupé est une chambre, le loyer principal effectivement payé est pris en compte dans la limite d'un plafond mensuel auquel s'ajoute la majoration forfaitaire mensuelle au titre des charges, fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget, du logement et de l'agriculture.

Article D755-29

En cas de logement en hôtel, pension de famille ou établissement similaire ou lorsque le bénéficiaire occupe un logement loué en meublé, le prix du loyer est remplacé par les deux tiers du prix effectivement payé dans la limite du loyer-plafond.

Dans le cas d'un local à usage mixte d'habitation et professionnel, il n'est pas tenu compte des majorations de loyers résultant de l'affectation d'une partie des lieux à l'exercice d'une profession.

Lorsque le logement est compris dans les locaux relevant du statut du fermage ou du colonat partiaire, lorsque le logement est à usage mixte d'habitation et commercial ou, lorsqu'il est loué à titre d'accessoire du contrat de travail, l'évaluation du loyer est faite en tant que de besoin par référence à celui de logements similaires dans la même commune ou dans les communes avoisinantes.

Article D755-30

Le paiement de l'allocation de logement est effectué mensuellement à terme échu. Dans les cas prévus au 2° de l'article D. 755-12, le bénéficiaire doit, à la demande de l'organisme payeur, justifier des sommes prises en considération et qu'il a effectivement versées.

Lorsque l'allocation de logement est versée en application du II de l'article L. 553-4 entre les mains du bailleur ou de l'établissement de prêt, la personne qui la reçoit la déduit du montant du loyer et des

dépenses accessoires de logement ou de celui des charges de remboursement et informe l'allocataire de cette déduction.

En aucun cas, toutefois, lorsqu'il est fait application des dérogations prévues aux articles D. 542-2 et D. 755-37, l'allocation de logement ne peut être versée entre les mains du bailleur ou du prêteur.

En cas de non-paiement du loyer ou des mensualités d'amortissement et d'intérêts des dettes contractées en vue d'accéder à la propriété pendant une durée au moins égale à celle prévue à l'article D. 755-31, l'allocation de logement cesse d'être servie au bénéficiaire et peut seulement être versée au bailleur ou au prêteur dans les conditions prévues à l'article D. 755-31. Les mensualités d'allocation de logement indûment perçues sont recouvrées par l'organisme liquidateur dans les conditions prévues à l'article L. 553-2.

En cas de suspension du paiement du loyer ou des arrérages des dettes contractées en vue d'accéder à la propriété consécutive à une contestation relative à l'étendue des obligations du débiteur et donnant lieu à instance judiciaire, le versement de l'allocation est suspendu par l'organisme payeur jusqu'à ce que la décision de justice rendue soit devenue définitive, sauf lorsqu'une procédure de surendettement a été engagée devant la commission prévue à l'article L. 331-1 du code de la consommation.

Article D755-31

Sous réserve des dispositions relatives au recouvrement des allocations logement indûment perçues, lorsque le locataire ou l'accédant à la propriété sont en situation de non-paiement du loyer ou des sommes définies à l'article D. 755-27, au sens du I de l'article D. 542-19, il est fait application des articles D. 542-22 à D. 542-22-3 en cas de location et de l'article D. 542-29 en cas d'accession à la propriété.

Lorsque l'allocation de logement est versée au bailleur ou au prêteur en application du II de l'article L. 553-4 et que l'allocataire ne règle pas la part de dépense de logement restant à sa charge, il est fait application des dispositions de l'article D. 542-22-4 en cas de location et D. 542-29 en cas d'accession.

Les dispositions des articles D. 542-22-5 et D. 542-29-1 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D755-32

Dans les cas prévus à l'article L. 542-7, l'organisme payeur peut suspendre le versement de l'allocation de logement après avertissement adressé au bénéficiaire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Si, dans un délai qui ne peut être inférieur à trois mois, l'allocataire n'a pas procédé à la remise en état de son logement ou a persisté dans son refus de se soumettre au contrôle prévu par la loi, le versement de l'allocation est interrompu.

Article D755-33

La prime de déménagement est attribuée dans les conditions prévues aux articles D. 542-32 à D. 542-34 aux personnes remplissant les conditions fixées à l'article D. 542-31.

Article D755-37

I.-Lorsque le logement ne répond pas aux caractéristiques mentionnées au 1° de l'article D. 755-19 ou lorsque le propriétaire n'a pas produit l'attestation mentionnée à l'article D. 755-22, l'allocation de logement peut être accordée à titre dérogatoire, par l'organisme payeur :

- a) Aux personnes mentionnées au a du 1° de l'article D. 542-14, dans les conditions prévues par ce a ;
- b) Aux personnes mentionnées au 2° de l'article D. 755-12, dans les conditions prévues au b du 1° de l'article D. 542-14.

II.-Lorsque la condition de superficie prévue au 2° de l'article D. 755-19 n'est pas remplie au moment de la demande, les dispositions de l'article D. 542-15 sont applicables.

III.-Lorsque le demandeur occupe un logement ne répondant ni aux conditions fixées au 1° de l'article D. 755-19 ni aux conditions fixées au 2° du même article, les dispositions de l'article D. 542-14-3 sont applicables.

Article D755-38

Pour l'application des dispositions de la présente section qui comportent la prise en compte des ressources, la personne qui vit maritalement est assimilée au conjoint.

Article D755-38-1

Les articles D. 542-2, D. 542-14-1 et D. 542-14-2 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Section 12 : Dispositions concernant certaines catégories.

Article D755-42

L'arrêté prévu au deuxième alinéa de l'article L. 755-30 est pris par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget, le ministre chargé des départements d'outre-mer et le ministre chargé de la marine marchande.

Article D755-45

En vue de l'affiliation des intéressés, les services de l'inscription maritime fournissent à la caisse d'allocations familiales la liste des marins pêcheurs et des inscrits maritimes qui figurent sur les rôles, la catégorie prise en considération pour la détermination des contributions aux caisses de l'Etablissement national des invalides de la marine et correspondant à la fonction exercée, ainsi que les noms des propriétaires et des armateurs des navires sur lesquels ils sont embarqués. Les services de l'inscription maritime signalent, en outre, à la caisse d'allocations familiales les mouvements enregistrés aux rôles.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 6 : Régime des travailleurs non-salariés non-agricoles

Section 2 : Assurance vieillesse

Sous-section 1 : Dispositions communes à l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse.

Sous-section 2 : Dispositions applicables aux professions artisanales, industrielles et commerciales.

Article D756-4

Les articles D. 633-1 à D. 633-18, R. 131-1 et R. 242-14 sont applicables, sous réserve des dispositions ci-après, aux personnes exerçant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, relevant des régimes d'assurance vieillesse mentionnés au titre III du livre VI.

Article D756-7

Pour l'application de l'article L. 756-3 les personnes exonérées de toute cotisation sont celles dont le revenu d'activité non salarié à prendre en considération pour la détermination de la cotisation est égal ou inférieur à 390 euros.

Article D756-8

Les prestations prévues à l'article L. 634-2 sont calculées compte tenu du revenu d'activité effectivement pris en considération pour le calcul de la cotisation des personnes mentionnées à l'article D. 756-4.

Article D756-9

Pour l'ouverture du droit à l'allocation aux vieux travailleurs non salariés, il est tenu compte :

1°) des périodes d'activité professionnelle non salariées antérieures au 1er avril 1968 et des périodes assimilées ;

2°) des périodes d'activité professionnelle non salariées postérieures au 31 mars 1968, sous réserve qu'elles aient fait l'objet du versement des cotisations prévues par la présente section et que, à partir du 1er janvier 1973, elles aient procuré un revenu professionnel annuel au moins égal à celui mentionné à l'article D. 812-4, ainsi que des périodes assimilées ; ledit revenu professionnel tient compte, le cas échéant, de l'abattement prévu aux articles 3 et 11 du décret n° 75-1098 du 25 novembre 1975.

Section 3 : Cotisations et contributions des travailleurs indépendants

Article D756-10

Le taux mentionné à l'article L. 133-6-8 correspond, sans préjudice des dispositions prévues à la dernière phrase de son premier alinéa, après arrondi au dixième de pour cent supérieur :

1° Pour les travailleurs indépendants mentionnés aux a et b du 1° de l'article L. 613-1 et bénéficiant des dispositions de l'article L. 756-4, aux deux tiers des taux prévus par l'article D. 131-6-1 ;

2° Pour les travailleurs indépendants relevant de l'organisme mentionné au 11° de l'article R. 641-1 et bénéficiant des dispositions prévues à l'article L. 756-4 et au second alinéa de l'article L. 756-5, au tiers du taux prévu par l'article D. 131-6-2 jusqu'à la fin du septième trimestre civil qui suit celui au cours duquel intervient la date de création d'activité et aux deux tiers du même taux à l'issue de cette période.

Article D756-11

Les dispositions de la présente section s'appliquent à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Article D756-12

L'exonération des cotisations d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 612-4 prévue à la dernière phrase de l'article L. 756-4 s'applique aux travailleurs indépendants dont le revenu d'activité est inférieur à 13 % de la valeur du plafond de la sécurité sociale déterminée conformément à l'article D. 612-6.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 7 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés

Section 1 : Allocations aux personnes âgées

Sous-section 1 : Allocation aux vieux travailleurs salariés.

Article D757-1

Sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 : le deuxième alinéa de l'article D. 811-5, les articles D. 811-10 sauf le 1^o, D. 811-11, D. 811-15, les troisième et quatrième alinéas de l'article D. 811-21, les articles D. 811-22, D. 811-23, D. 811-27 et D. 811-28.

Article D757-2

Pour l'ouverture du droit à l'allocation aux vieux travailleurs salariés prévue par les articles L. 811-1 à L. 811-20 est considérée comme normale une rémunération suffisante pour permettre à l'intéressé de vivre du produit de son travail ; en aucun cas il n'est tenu compte des périodes de travail ayant procuré une rémunération annuelle inférieure, en francs métropolitains, à :

250 F pour les années antérieures à 1920, avec possibilité pour le préfet de région, après avis de la caisse générale de sécurité sociale de décider qu'il sera tenu compte des périodes de travail antérieures à 1920 ayant procuré une rémunération annuelle inférieure à 250 F lorsque lesdites périodes correspondaient à une activité normale ;

500 F pour les années 1920 à 1934 inclus ;

1.500 F pour les années 1935 à 1944 inclus ;

3.600 F pour les années 1945 à 1946.

A compter du 1er janvier 1947, les rémunérations minima à prendre en considération sont les suivantes :

Pour les départements de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane :

3.600 F pour l'ensemble de l'année 1947 ;

7.200 F pour l'ensemble de l'année 1948.

Pour le département de la Réunion :

2.120 F C.F.A. pour l'ensemble de l'année 1947 ;

3.600 F C.F.A. pour l'ensemble de l'année 1948.

Pour la période du 1er janvier 1949 au 31 décembre 1971, il n'est pas tenu compte des rémunérations inférieures au montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés en vigueur au 1er janvier de l'année considérée ; jusqu'au 31 décembre 1962, ce montant est celui des villes de plus de 5.000 habitants.

Pour la période postérieure au 31 décembre 1971, il n'est pas tenu compte des rémunérations inférieures au montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année considérée, calculé sur la base de 800 heures.

Toutefois, sont considérées comme ayant procuré une rémunération normale les périodes d'emploi accomplies par le personnel féminin occupé par des particuliers dans les services domestiques, dans le département de la Réunion du 1er janvier 1950 au 31 décembre 1951 et du 1er janvier 1954 au 31 décembre 1957, dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Guyane du 1er janvier 1954 au 30 septembre 1954, lorsqu'elles ont fait l'objet du versement des cotisations de sécurité sociale sur la base des salaires forfaitaires fixés par décision du préfet de région.

La dernière activité professionnelle non-salariée ne peut faire obstacle à l'attribution de l'allocation aux vieux travailleurs salariés lorsque le travailleur n'est pas bénéficiaire d'un avantage de vieillesse servi au titre d'un autre régime.

Article D757-3

Pour l'application de l'article L. 811-8, en ce qui concerne les assurés ayant, au cours de tout ou partie d'une année déterminée, exercé leur activité dans l'un des départements mentionnés à l'article L. 751-1, le montant du salaire minimum de croissance à retenir est celui qui est en vigueur dans ledit département au 1er janvier de l'année considérée.

Article D757-4

Les cotisations arriérées d'assurances sociales ne sont valables pour la détermination du droit à l'allocation aux vieux travailleurs salariés que si elles ont été acquittées dans le délai de cinq ans suivant leur exigibilité et avant le soixantième anniversaire de l'intéressé.

Article D757-5

Pour bénéficier de l'allocation, le requérant doit souscrire une demande conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Des exemplaires de la demande sont mis à la disposition des intéressés par les caisses générales de sécurité sociale, la direction régionale de la sécurité sociale des Antilles et de la Guyane et la direction départementale de la sécurité sociale de la Réunion.

Le requérant ayant cotisé aux assurances sociales adresse sa demande à l'organisme auquel il a été affilié en dernier lieu.

Le requérant qui n'a pas cotisé aux assurances sociales adresse sa demande à la caisse générale de sécurité sociale de sa résidence.

Pour obtenir le secours viager prévu aux articles L. 811-11 et L. 811-12, le conjoint de l'allocataire ou du travailleur décédé ou disparu doit adresser sa demande et les pièces prévues par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale à l'organisme qui a servi les arrérages de l'allocation du "de cujus" ou à celui de la circonscription de sa résidence si le travailleur décédé ou disparu ne bénéficiait pas de cette allocation.

Article D757-6

La caisse générale de sécurité sociale remet ou envoie à l'intéressé ou au conjoint de l'allocataire ou du travailleur décédé ou disparu un récépissé de la demande. Elle procède, s'il y a lieu, à toutes enquêtes ou recherches nécessaires et demande tous éclaircissements qu'elle juge utiles.

Elle détermine, au vu des déclarations souscrites par le requérant, le montant de l'allocation ou du secours viager et, le cas échéant, des majorations auquel il a droit.

Article D757-7

L'âge prévu pour l'attribution des allocations forfaitaires mentionnées au chapitre 1er du titre Ier du livre VIII aux travailleurs salariés résidant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 est fixé à la date de leur soixantième anniversaire.

Article D757-8

L'entrée en jouissance de l'allocation est fixée au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande sans qu'elle puisse être antérieure au premier jour du mois suivant le soixantième anniversaire du requérant.

Article D757-9

La majoration pour conjoint à charge est attribuée lorsque le conjoint du titulaire de l'allocation aux vieux travailleurs salariés a atteint l'âge de soixante ans.

Article D757-10

Lorsque le montant total annuel des ressources excède les chiffres limite fixés par décret, l'allocation est liquidée pour ordre, le service des arrérages demeurant suspendu tant qu'aucune modification n'intervient dans le montant des ressources déclarées.

Les dispositions du présent article sont applicables lorsque les ressources de la veuve sont supérieures au chiffre limite prévu pour une personne seule.

Article D757-11

Dans le régime général de la sécurité sociale et les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales les arrérages des allocations et des avantages accessoires sont payés mensuellement et à terme échu dans les conditions fixées par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Dans les autres régimes de sécurité sociale, les arrérages des allocations et des avantages accessoires sont payés trimestriellement et à terme échu dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D757-12

Le paiement de l'allocation et du secours viager est opéré par la caisse générale de sécurité sociale qui a effectué la liquidation de l'un ou l'autre de ces avantages.

Article D757-13

Le premier paiement comportant les arrérages dus depuis la date fixée pour l'entrée en jouissance de l'allocation est effectué à l'échéance normale immédiatement postérieure à la décision de la caisse générale de sécurité sociale.

Si avant son admission au bénéfice de l'allocation, l'allocataire avait ouvert droit à la majoration pour conjoint à charge, les arrérages servis à ce titre pour une période postérieure à la date d'entrée en jouissance de l'allocation sont imputés sur le premier paiement.

Sous-section 2 : Allocations aux vieux travailleurs non salariés.

Article D757-14

Pour l'application de l'article D. 812-4, en ce qui concerne les assurés ayant, au cours de tout ou partie d'une année déterminée, exercé leur activité dans l'un des départements mentionnés à l'article L. 751-1, le montant du salaire minimum de croissance à retenir est celui qui est en vigueur dans ledit département au 1er janvier de l'année considérée.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 8 : Dispositions diverses.

Article D758-1

Dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, la cotisation d'assurance personnelle est prise en charge par le régime des prestations familiales dont relève l'assuré lorsque celui-ci a droit à l'une au moins des prestations familiales servies dans ces départements en vertu du code de la sécurité sociale et des textes pris pour son application et a disposé, durant l'année de référence, d'un revenu net de frais passible de l'impôt sur le revenu n'excédant pas le plafond fixé aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 755-16.

Article D758-2

L'article R. 381-36 est applicable aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses ainsi qu'aux titulaires de la pension de vieillesse ou de la pension d'invalidité instituée par l'article L. 721-1, qui résident dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D758-3

Les dispositions des articles R. 721-1 à R. 721-5, R. 721-13 à R. 721-39, R. 721-50 à R. 721-56, R. 721-58, R. 721-59 et D. 721-6 à D. 721-19 s'appliquent aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses résidant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime de sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 1er : Travailleurs salariés détachés à l'étranger

Section 2 : Personnels français non titulaires en service dans les administrations, services et établissements de l'Etat à l'étranger.

Article D761-2

L'arrêté prévu à l'article L. 761-3 et celui mentionné à l'article L. 761-4 sont pris conjointement par le ministre chargé des relations extérieures, le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la coopération et le ministre chargé du budget.

Article D761-3

Les personnels mentionnés à l'article L. 761-3 sont ou demeurent affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie de Paris.

Article D761-4

Les personnels mentionnés à l'article L. 761-4 demeurent affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent avant leur départ en mission à l'étranger.

Article D761-5

Les dispositions des articles L. 761-3 et L. 761-4 ne portent pas atteinte aux dispositions des conventions internationales conclues par la France en matière de sécurité sociale.

Article D761-6

Les personnels mentionnés aux articles L. 761-3 et L. 761-4 bénéficient des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité pendant toute la durée de leurs fonctions à l'étranger, dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général détachés à l'étranger.

Leurs ayants droit peuvent également prétendre aux prestations en nature des assurances maladie et maternité alors même qu'ils résident ou séjournent sur le territoire du ou des Etats où les personnels mentionnés aux articles L. 761-3 et L. 761-4 exercent leurs fonctions. Dans ce cas, les prestations en cause leur sont servies dans les mêmes conditions et selon les mêmes tarifs de remboursement que pour ces personnels.

Les prestations en espèces des assurances maladie et maternité et le capital décès servis aux agents mentionnés aux articles L. 761-3 et L. 761-4 ou à leurs ayant droit en application des dispositions du livre III viennent, sauf disposition expresse contraire, en déduction, le cas échéant, des avantages qui, en cas de maladie, de maternité et de décès, sont dus aux intéressés par les ministères, services ou organismes concernés, en application soit du contrat d'engagement, soit de dispositions législatives ou réglementaires.

Article D761-7

Le service des prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité est confié aux sections constituées par les mutuelles auprès des administrations dont relèvent les personnels mentionnés aux articles L. 761-3 et L. 761-4 et qui ont déjà compétence à cet effet à l'égard des personnels de l'Etat non titulaires desdites administrations exerçant leurs fonctions sur le territoire métropolitain et dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D761-8

Le taux des cotisations des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et de l'assurance vieillesse sont identiques à ceux qui sont applicables pour les personnels de l'Etat non titulaires exerçant leurs fonctions sur le territoire métropolitain.

Ces cotisations sont calculées, pour les personnels en service à l'étranger, sur une assiette correspondant à la rémunération afférente à l'indice de traitement qui est affecté à chacun des agents en vertu soit de son contrat d'engagement, soit d'une décision de l'autorité l'ayant recruté, augmenté de l'indemnité de résidence allouée, pour le même indice, à un fonctionnaire en service à Paris.

Elles sont, s'agissant des personnels en mission, calculées sur la base de la rémunération effective des intéressés, compte non tenu des frais de mission qui leur sont alloués.

Article D761-9

Les personnels non titulaires de nationalité française bénéficiant, au 1er juillet 1980, des dispositions des décrets des 16 septembre 1947, 4 mars 1963 et 24 mars 1964 sont soumis aux dispositions de la présente section même lorsqu'ils n'ont pas été recrutés dans les conditions fixées à l'article L. 761-3.

Section 4 : Personnel civil de coopération culturelle, scientifique et technique auprès d'Etats étrangers.

Article D761-10

Les agents relevant d'un régime spécial de sécurité sociale pour la couverture des risques maladie, invalidité, vieillesse et décès, ainsi que les charges de la maternité conservent au cours de leur mission de coopération, le bénéfice de leur régime.

Les prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité leur sont accordées pendant toute la durée de l'exercice de leurs fonctions à l'étranger dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général de sécurité sociale détachés à l'étranger.

Leurs ayants droit peuvent également prétendre aux prestations en nature des assurances maladie et maternité alors même qu'ils résident ou séjournent sur le territoire du ou des Etats où les agents exercent leur mission de coopération. Dans ce cas, les prestations leur sont servies dans les mêmes conditions et selon les mêmes tarifs de remboursement que pour les agents eux-mêmes.

Article D761-11

Les cotisations dues pour les personnels mentionnés à l'article D. 761-10 sont assises sur la rémunération définie à l'article D. 761-16 dans les limites et selon les taux en vigueur dans chacun des régimes concernés.

Article D761-12

Les agents qui ne relèvent pas d'un régime de sécurité sociale lors de leur départ en mission de coopération sont affiliés au régime général de sécurité sociale. A ce titre, ils bénéficient des dispositions du livre III du présent code.

Les prestations en nature des assurances maladie, maternité et invalidité leur sont accordées pendant toute la durée de l'exercice de leurs fonctions à l'étranger dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général de sécurité sociale détachés à l'étranger.

Leurs ayants droit peuvent également prétendre aux prestations en nature des assurances maladie et maternité alors même qu'ils résident ou séjournent sur le territoire du ou des Etats où les agents exercent leur mission

de coopération. Dans ce cas, les prestations leur sont servies dans les mêmes conditions et selon les mêmes tarifs de remboursement que pour les agents eux-mêmes.

Article D761-13

Les cotisations dues pour les personnels mentionnés à l'article D. 761-12 sont assises sur la rémunération définie à l'article D. 761-16 dans les limites et selon les taux en vigueur dans le régime général de sécurité sociale.

Article D761-14

Les agents mentionnés à l'article D. 761-12 ci-dessus sont immatriculés, en tant que de besoin, à la diligence du ministre responsable de la coopération, à la caisse primaire d'assurance maladie de Paris.

Article D761-15

La caisse primaire d'assurance maladie de Paris peut confier tout ou partie du paiement des prestations lui incombant à d'autres organismes de sécurité sociale.

Article D761-16

Les cotisations sont calculées sur une assiette correspondant à la rémunération afférente à l'indice de traitement qui est affecté à chacun des agents en vertu, soit de son contrat d'engagement, soit d'une décision du ministre responsable de la coopération, augmentée de l'indemnité de résidence allouée, pour le même indice, à un fonctionnaire en service à Paris.

Toutefois, en ce qui concerne les agents mentionnés à l'article D. 761-10, les cotisations sont calculées sur une assiette identique à celle prise en compte, dans chacun des régimes concernés, pour un agent de même grade en service à Paris.

Article D761-17

La rémunération déterminée à l'article D. 761-16 sert de base au calcul des indemnités journalières, pensions, rentes et allocations, dans les conditions prévues par le régime de sécurité sociale dont relève l'assuré, notamment pour la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article D761-18

Les cotisations dues en application de la présente section sont imputées sur les crédits ouverts au budget de l'Etat.

Elles sont versées, selon le cas, soit au régime spécial dont relève l'intéressé, soit à l'union pour le recouvrement des cotisations de la région parisienne.

Il appartient au ministre responsable de la coopération d'assurer le recouvrement des cotisations personnelles incombant aux intéressés et, dans la mesure où les conventions internationales le prévoient, de la cotisation patronale incombant à l'Etat ou à l'organisme étranger.

Les conditions d'application du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté du ministre chargé des relations extérieures, du ministre chargé de la coopération, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 2 : Travailleurs salariés expatriés

Section 2 : Assurance maladie, maternité, invalidité

Sous-section 2 : Cotisations.

Article D762-1

En application de l'article L. 762-3, les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité dont les rémunérations sont inférieures aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3 sont redevables d'une cotisation assise sur la moitié de ce plafond ; ceux dont les rémunérations sont supérieures ou égales aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale et inférieures à ce plafond sont redevables d'une cotisation assise sur les deux tiers du plafond ; ceux dont les rémunérations sont égales ou supérieures au plafond de la sécurité sociale sont redevables d'une cotisation assise sur ce plafond.

Dès lors qu'un employeur s'engage à s'acquitter des cotisations au titre de l'assurance volontaire de ses salariés, sa participation ne peut être inférieure pour chaque assurance volontaire à la moitié du montant de la cotisation due au titre de cette assurance.

Article D762-1-1

Pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 762-1, peuvent être considérés comme collaborateurs assimilés à des travailleurs salariés de nationalité française les collaborateurs qui sont des salariés réguliers et permanents de l'entreprise et qui ne sont pas appelés à exercer leur activité professionnelle dans le pays dont ils sont ressortissants.

Le nombre de ces collaborateurs assimilés ne peut excéder, pour chaque entreprise mandataire, un dixième de l'effectif des salariés de cette entreprise affilié à la Caisse des Français de l'étranger.

La disposition mentionnée à l'alinéa précédent ne s'applique pas aux collaborateurs assimilés ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen s'ils étaient affiliés à un régime français de sécurité sociale avant leur adhésion à la Caisse des Français de l'étranger.

Article D762-2

Le taux de la cotisation d'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité prévue à l'article L. 762-3 est fixé à 6,30 %.

Ce taux subit un abattement de 0,70 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant entre 10 et 99 contrats. L'abattement est de 1,45 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant entre 100 et 399 contrats. L'abattement est de 1,70 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant plus de 399 contrats.

Sous-section 4 : Prestations d'assurance maladie et maternité

Article D762-2-1

Les travailleurs salariés ou assimilés affiliés aux régimes d'assurances maladie, maternité, invalidité mentionnés au 1° de l'article L. 762-1, ou leurs employeurs agissant pour leur compte peuvent prétendre à :

1° Des indemnités journalières de maladie si l'assuré se trouve dans l'incapacité physique, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail ;

2° Des indemnités journalières d'assurance maternité ;

3° L'attribution d'un capital décès au profit des ayants droit.

Article D762-2-2

Les prestations mentionnées à l'article D. 762-2-1 sont couvertes intégralement par des cotisations assises sur l'assiette qui a servi de base de calcul aux cotisations d'assurances volontaires maladie, maternité, invalidité.

Article D762-2-3

Les indemnités journalières prévues au 1° de l'article D. 762-2-1 sont égales à 60 % du gain journalier défini à l'article D. 762-2-4.

Article D762-2-4

Le gain journalier est égal à 1/360 de l'assiette ayant servi de base au calcul des cotisations de l'assuré.

Article D762-2-5

L'indemnité journalière de maladie prévue au 1° de l'article D. 762-2-1 est accordée pour les affections de courte durée à partir du trente et unième jour à compter du point de départ de l'incapacité de travail. Elle peut être servie pendant une durée maximum de cent vingt jours, sur une période de douze mois de date à date.

Pour les affections de longue durée, l'indemnité journalière peut être servie pendant deux ans de date à date, pour toute incapacité ayant débuté au-delà du douzième mois d'affiliation à l'option indemnité journalière.

Quand l'incapacité de travail a débuté avant le douzième mois d'affiliation à l'option indemnité journalière et que l'intéressé a adhéré à ladite option dans le délai fixé à l'article R. 766-3, l'indemnité journalière peut être servie si l'intéressé relevait d'un régime obligatoire français de sécurité sociale douze mois avant la date de début de l'affection invalidante et s'il remplit, par totalisation des périodes à ce régime et à celui de la Caisse des Français de l'étranger, la condition de douze mois de durée d'affiliation.

Article D762-2-6

L'indemnité journalière de maternité prévue au 2° de l'article D. 762-2-1 est servie pendant une période qui débute six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après celui-ci, à condition de cesser toute activité salariée durant la période d'indemnisation.

Quand l'accouchement a lieu avant la date présumée, la période d'indemnisation de seize semaines n'est pas réduite de ce fait.

Pour avoir droit aux indemnités journalières, l'assurée doit justifier d'une durée d'assurance de dix mois à la date présumée de l'accouchement.

Article D762-2-7

Le capital décès prévu au 3° de l'article D. 762-2-1 est égal à quatre-vingt-dix fois le gain journalier, déterminé conformément à l'article D. 762-2-4.

Le versement du capital décès est effectué par priorité aux personnes qui étaient, au jour du décès, à la charge effective, totale et permanente de l'assuré. Si aucune priorité n'est invoquée dans un délai de trois mois suivant le décès de l'assuré, le capital est attribué au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, au partenaire auquel le défunt était lié par un pacte civil de solidarité ou, à défaut, aux descendants et, dans le cas où le défunt ne laisse ni conjoint survivant, ni partenaire d'un pacte civil de solidarité, ni descendants, aux ascendants.

Article D762-2-8

Les demandes d'adhésion aux assurances volontaires supplémentaires mentionnées à l'article D. 762-2-1 doivent être formulées au plus tard avant l'expiration du délai d'un an à compter de la date d'affiliation au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande.

Les articles R. 762-7 et R. 762-20 à R. 762-22 sont applicables aux assurances volontaires supplémentaires mentionnées à l'article D. 762-2-1.

Article D762-2-9

Les taux de cotisation aux assurances volontaires supplémentaires mentionnées à l'article D. 762-2-1 sont fixés par arrêté.

Section 3 : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D762-3

Le taux de la cotisation d'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles prévue à l'article L. 762-3 est fixé à 1,15 %.

Ce taux subit un abattement de 0,25 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant entre 100 et 399 contrats, à la fois, aux assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles. L'abattement est de 0,35 point pour les entreprises mandataires de leurs salariés souscrivant plus de 399 contrats, à la fois, aux assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et accidents du travail-maladies professionnelles.

Article D762-4

La Caisse des Français de l'étranger peut accorder des ristournes sur le taux des cotisations d'assurance volontaire accidents du travail et maladies professionnelles dues par les salariés d'entreprises mandataires d'au moins dix adhérents pour ce risque durant trois années civiles consécutives.

L'effectif d'adhérents mentionné à l'alinéa précédent est égal à la moyenne annuelle du nombre de salariés cotisants au premier jour de chaque trimestre civil.

Article D762-5

Les ristournes éventuelles sont accordées sous la forme d'une baisse du taux de cotisation annuel en fonction des accidents du travail survenus et des maladies professionnelles constatées au cours des trois années civiles précédentes. Elles ne peuvent dépasser 25 % du taux fixé au premier alinéa de l'article D. 762-3.

Article D762-6

Le taux de la ristourne visée à l'article D. 762-5 est obtenu par application de la formule :

Taux de la ristourne :

(taux légal n / 4)

- (taux brut n - 3 + taux brut n - 2 + taux brut n - 1) / 12

de l'année n,

dans laquelle :

1. n est l'année d'attribution de la ristourne ;
2. Le taux légal est celui fixé à l'article D. 762-3 ;
3. Le taux brut est déterminé, pour chaque entreprise mandataire, par la formule suivante :

(Taux brut) =

(coût du risque x 100) /

(salaires retenus pour l'assiette des cotisations)

Sont intégrés dans le coût du risque pour chacune des années considérées les dépenses de soins et d'indemnités journalières, les capitaux représentatifs des rentes attribuées aux victimes, les capitaux correspondant aux accidents mortels ainsi que les indemnités en capital, évalués conformément aux règles du régime général.

Article D762-7

Un arrêté conjoint du ministre chargé des affaires sociales et du ministre chargé du budget peut suspendre l'application des dispositions prévues aux articles D. 762-4 à D. 762-6 si l'équilibre financier de l'assurance accidents du travail maladies professionnelles l'exige.

Article D762-8

Les travailleurs salariés ou assimilés affiliés au régime des accidents du travail et maladies professionnelles mentionné au 2° de l'article L. 762-1, ou leurs employeurs agissant pour leur compte, peuvent prétendre à la prise en charge des frais engagés à la suite d'un accident survenu à l'occasion d'un trajet effectué pour raisons professionnelles soit entre le lieu habituel de résidence en France et le lieu de domicile à l'étranger, soit entre le lieu de domicile à l'étranger et le lieu habituel de résidence en France.

Article D762-9

Les prestations mentionnées à l'article D. 762-8 sont couvertes intégralement par des cotisations assises sur l'assiette qui a servi de base pour le calcul de la cotisation des assurances volontaires accidents du travail et maladies professionnelles.

Article D762-10

Les demandes d'adhésion à l'assurance supplémentaire mentionnée à l'article D. 762-8 doivent être formulées au plus tard dans le délai d'un an à compter de la date d'affiliation au régime des accidents du travail et maladies professionnelles.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande.

Les articles R. 762-7 et R. 762-20 à R. 762-22 sont applicables à l'assurance volontaire supplémentaire mentionnée à l'article D. 762-8.

Article D762-11

Le taux de cotisation à l'assurance volontaire mentionnée à l'article D. 762-8 est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 3 : Travailleurs non salariés expatriés.

Article D763-1

En application de l'article L. 763-4, les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité dont les revenus sont inférieurs aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3 sont redevables d'une cotisation assise sur la moitié de ce plafond ; ceux dont les revenus sont supérieurs ou égaux aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale mais inférieurs à ce plafond sont redevables d'une cotisation assise sur les deux tiers du plafond ; ceux dont les revenus sont égaux ou supérieurs au plafond de la sécurité sociale sont redevables d'une cotisation assise sur ce plafond.

Article D763-2

Le taux de la cotisation d'assurance volontaire maladie-maternité prévu à l'article L. 763-4 est fixé à 8,20 %.

Article D763-3

L'adhésion volontaire implique l'adhésion aux régimes complémentaires d'assurance vieillesse et aux régimes d'assurance invalidité-décès éventuellement institués à titre obligatoire en application des articles L. 635-1, L. 635-2, L. 635-6, L. 635-8, L. 644-1 et L. 644-2 et permet l'adhésion aux régimes complémentaires d'assurance vieillesse éventuellement institués à titre facultatif en application des articles L. 635-1 et L. 635-6.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 4 : Pensionnés des régimes français de retraite résidant à l'étranger.

Article D764-1

Le taux de la cotisation due au régime d'assurance volontaire maladie-maternité en application de l'article L. 764-4 est fixé à 4,20 %.

Article D764-2

Le montant annuel minimum prévu à l'article L. 764-5 est fixé à 4,70 % du demi-plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 5 : Catégories diverses d'assurés volontaires.

Article D765-1

En application des articles L. 765-7 et L. 765-8 du code de la sécurité sociale, les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité dont les revenus sont inférieurs aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3 sont redevables d'une cotisation assise sur la moitié de ce plafond ; ceux dont les revenus sont supérieurs ou égaux aux deux tiers du plafond de la sécurité sociale et inférieurs à ce plafond sont redevables d'une cotisation assise sur les deux tiers du plafond ; ceux dont les revenus sont égaux ou supérieurs au plafond de la sécurité sociale sont redevables d'une cotisation assise sur ce plafond.

Article D765-2

Le taux de la cotisation due au régime d'assurance volontaire maladie-maternité en application des articles L. 765-1, L. 765-2 et L. 765-3 est fixé à 8,2 %.

Article D765-2-1

Le montant annuel de la cotisation due au régime d'assurance volontaire maladie-maternité en application de l'article L. 765-2-1 est fixé à 3 p. 100 du demi-plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3.

Article D765-2-2

Pour l'application du second alinéa des articles L. 763-4, L. 765-7 et L. 765-8, le terme ressources s'entend de l'ensemble des ressources, de quelque nature qu'elles soient.

Pour l'application du second alinéa des articles L. 765-7 et L. 765-8, la majoration applicable au membre du couple ayant vocation à être couvert par l'assurance volontaire est fixée à 5 % par membre de famille déclaré comme ayant droit, dans la limite de 25 %.

Article D765-2-3

Les personnes de nationalité française visées aux articles L. 765-1 à L. 765-3 qui n'exercent aucune activité professionnelle et adhèrent à l'assurance volontaire maladie-maternité sont affiliées à la Caisse des Français de l'étranger. Elles adressent à cette caisse une demande d'adhésion conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, accompagnée des pièces justificatives suivantes :

-pour justifier de leur identité et de leur nationalité, soit une photocopie de la carte nationale d'identité ou de la carte d'immatriculation consulaire, soit, à défaut, une attestation de nationalité délivrée par les autorités consulaires ;

-pour justifier que les intéressés n'exercent aucune activité professionnelle et résident à l'étranger, une photocopie de la dernière déclaration de revenus ou tout autre document attestant qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle.

Ces documents sont complétés par les pièces suivantes :

-pour justifier de la qualité de titulaire d'un revenu de remplacement ou d'une allocation de cessation anticipée d'activité visés à l'article L. 765-1, une attestation délivrée par l'organisme débiteur de ces avantages ;

-pour justifier de la qualité d'étudiant, qui doit être âgé de moins de vingt-huit ans lors de sa demande d'adhésion à l'assurance volontaire, une attestation d'inscription dans un établissement scolaire ou universitaire ;

-pour justifier de la qualité de titulaire d'une rente accident du travail ou d'une pension d'invalidité allouées au titre d'un régime français obligatoire, une photocopie de la notification de la liquidation d'une telle rente ou pension ;

-pour justifier de la qualité de conjoint survivant, divorcé ou séparé d'assuré volontaire, visés au premier alinéa de l'article L. 765-2, une photocopie de l'imprimé d'adhésion à l'assurance volontaire de l'assuré et une photocopie du livret de famille.

La caisse peut, à tout moment, demander aux assurés volontaires la production de leur déclaration de revenus afin de contrôler l'absence d'exercice d'une activité professionnelle.

Article D765-2-4

Pour les titulaires d'un avantage de cessation anticipée d'activité, la Caisse des Français de l'étranger, dès réception de la demande d'adhésion et des pièces justificatives, en informe les organismes débiteurs de l'avantage dont le demandeur est titulaire.

Article D765-2-5

L'immatriculation est opérée à la diligence de la caisse.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la demande. Toutefois, l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure au transfert de résidence de l'assuré volontaire à l'étranger.

Les bénéficiaires de l'assurance volontaire maladie-maternité sont tenus d'informer la Caisse des Français de l'étranger de toute modification de leur situation, et notamment de tout changement de pays de résidence.

Article D765-2-6

Les titulaires d'un avantage de cessation anticipée d'activité visés à l'article L. 765-1 sont redevables d'une cotisation assise sur les revenus de remplacement ou les allocations perçus par les intéressés et précomptée par les organismes débiteurs de ces avantages. La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion.

La cotisation est prélevée, à chaque échéance, par l'organisme débiteur sur le montant brut des avantages perçus. Les cotisations obligatoires visées au second alinéa de l'article L. 765-6 viennent en déduction de la cotisation due au régime des expatriés. Cet organisme est tenu de faire parvenir à l'assuré, au moins une fois par an, un document mentionnant, pour la période considérée, les montants respectifs de l'assiette, du précompte, de la cotisation précomptée et de l'avantage net.

L'organisme débiteur verse le montant de la cotisation due au titre de l'assurance volontaire à la Caisse des Français de l'étranger. Chaque versement est obligatoirement accompagné d'un document établi et signé par le débiteur de l'avantage de cessation anticipée d'activité indiquant le montant des cotisations versées pour chaque assuré au titre du régime des expatriés, qui inclut le montant de la cotisation obligatoire précomptée sur les avantages perçus et due au régime des expatriés. Ce document indique également le montant des avantages sur lesquels la cotisation est assise.

Si, pour un motif autre que la radiation de l'assuré, les cotisations n'ont pas été versées, le débiteur de l'avantage de préretraite reste tenu d'adresser à la Caisse des Français de l'étranger, au plus tard à la date limite d'exigibilité des cotisations, le document prévu à l'alinéa précédent.

Par ailleurs, les articles L. 133-5-5, L. 243-7 à L. 243-12-4 et les dispositions du chapitre IV du titre IV du livre II sont applicables aux organismes débiteurs d'avantages de cessation anticipée d'activité qui ne se seraient pas conformés aux prescriptions du présent article.

Il est fait application des pénalités et majorations de retard prévues aux articles R. 243-38 et R. 711-3.

Article D765-2-7

La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion et fait l'objet de paiements trimestriels.

La cotisation trimestrielle est exigible le premier jour du trimestre civil auquel elle se rapporte et payable dans le mois qui suit, en euros, à la Caisse des Français de l'étranger.

Article D765-2-8

Pour les soins donnés à l'étranger, les prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité sont servies dans les conditions fixées aux articles R. 762-37 à R. 762-39.

La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie est fixée par les articles R. 762-13 et R. 762-14.

Les dispositions de l'article R. 762-19 sont applicables en cas de contestation d'ordre médical.

Article D765-2-9

Les assurés volontaires visés au présent chapitre conservent leur droit aux prestations de l'assurance volontaire pendant une durée de trois mois à compter du premier jour de résidence en France, sous réserve que les intéressés aient tenu informée la Caisse des Français de l'étranger de leur retour définitif en France.

Article D765-2-10

La Caisse des Français de l'étranger procède, après en avoir informé les intéressés et, le cas échéant, les organismes débiteurs des avantages de cessation anticipée d'activité, à la radiation des assurés qui cessent de remplir les conditions exigées pour bénéficier de l'assurance volontaire maladie et maternité.

Article D765-2-11

Les assurés ont la faculté de demander à tout moment leur radiation. Celle-ci prend effet à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la demande. La Caisse des Français de l'étranger en informe sans délai les assurés ou, le cas échéant, les débiteurs de l'avantage de cessation anticipée d'activité.

Article D765-2-12

La personne qui a été radiée du régime d'assurance volontaire maladie-maternité alors qu'elle continuait à remplir les conditions exigées pour bénéficier dudit régime et qui, sans avoir changé de pays de résidence, présente une nouvelle demande d'adhésion, est redevable des cotisations qui auraient été dues ou précomptées, si elle n'avait pas été radiée, dans la limite des deux années précédant la demande.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses

Titre 6 : Français résidant à l'étranger - Travailleurs migrants

Chapitre 6 : Dispositions communes aux expatriés visés aux chapitres II à V

Section 1 : Dispositions communes relatives à l'adhésion, aux prestations et aux cotisations à l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité prévue aux chapitres II à V

Article D766-1

Le délai mentionné à l'article L. 766-2-2 est fixé à six mois.

Section 2 : Dispositions communes aux expatriés

Article D766-2

Sont admises à demander le bénéfice des dispositions de l'article L. 766-2-3 les personnes de nationalité française immatriculées ou en instance d'immatriculation auprès du consulat dans la circonscription duquel elles résident et qui disposent de ressources de toute nature inférieures à la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale.

Article D766-3

La demande mentionnée à l'article D. 766-2 ainsi que, s'il y a lieu, la demande d'adhésion à l'une des assurances volontaires maladie prévues aux chapitres II, III et V, sont déposées auprès des services consulaires. Ces services enregistrent la demande mentionnée à l'article D. 766-2, après avoir constaté qu'elle est accompagnée des éléments nécessaires à l'appréciation des ressources des intéressés.

Une commission locale réunie par les autorités diplomatiques ou consulaires examine la conformité des ressources à la limite définie à l'article D. 766-2. A cette fin, elle peut se faire communiquer par le

demandeur toute pièce qu'elle estime utile. Elle émet un avis sur la demande, dans le respect de critères généraux définis par des instructions du ministre chargé des affaires étrangères.

Les conseils consulaires institués par l'article 3 de la loi n° 2013-659 du 22 juillet 2013 relative à la représentation des Français établis hors de France exercent les attributions des commissions locales, dans les conditions prévues par le décret n° 2014-144 du 18 février 2014 relatif aux conseils consulaires, à l'Assemblée des Français de l'étranger et à leurs membres.

Article D766-4

Le chef de la mission diplomatique ou du poste admet ou non le demandeur au bénéfice des dispositions de l'article L. 766-2-3, sur la base de l'avis émis par la commission locale mentionnée à l'article D. 766-3.

Il transmet cette décision ainsi que, s'il y a lieu, la demande d'adhésion, à la Caisse des Français de l'étranger. Il notifie sa décision au demandeur et, en cas de refus, les voies et délais de recours.

Article D766-5

Conformément à la décision du chef de la mission diplomatique ou du poste consulaire et après que la Caisse des Français de l'étranger a vérifié que les conditions générales d'adhésion à l'assurance volontaire sont remplies, cette caisse confirme son adhésion au demandeur par les voies appropriées.

L'adhésion et le bénéfice du dispositif prennent alors effet le premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de la décision prise par le chef de la mission diplomatique ou du poste consulaire. Lorsque le demandeur est déjà affilié à la caisse, la date du bénéfice du dispositif est le premier jour du mois qui suit la réception par la caisse de cette même décision.

Article D766-6

La caisse informe le ministre des affaires étrangères et la commission locale mentionnée à l'article D. 766-3 du résultat des adhésions intervenues en application des dispositions de l'article D. 766-5 et de tout événement ultérieur relatif à celles-ci.

Les personnes admises au bénéfice des dispositions de l'article L. 766-2-3 sont tenues de répondre à la demande de justification de ressources formulée une fois par an par la commission locale mentionnée à l'article D. 766-3 afin de vérifier la conformité de leurs ressources aux dispositions de l'article D. 766-2.

Les bénéficiaires du dispositif sont tenus d'informer les services consulaires de toute modification de leur situation personnelle ou patrimoniale.

Au vu de la réponse du bénéficiaire, s'il est constaté qu'il ne remplit plus les conditions prévues par l'article D. 766-2 ou en l'absence de réponse dans le délai de deux mois, le chef de la mission diplomatique ou du poste consulaire constate la fin de la prise en charge partielle de la cotisation prévue à L. 766-2-3.

Il notifie sa décision à la Caisse des Français de l'étranger ainsi qu'au bénéficiaire en mentionnant les voies et délais de recours. Cette décision prend effet le dernier jour du trimestre en cours.

Article D766-7

Pour l'application de l'article L. 766-2-4, le montant de la ristourne de cotisations est fixé à 20 % pour les personnes dont l'âge est inférieur à trente ans et à 10 % pour les personnes dont l'âge est compris entre trente et trente-cinq ans.

Article D766-7-1

Pour l'application du 1° de l'article L. 766-4-1 et du premier alinéa de l'article L. 766-9, une convention signée entre le ministre des affaires étrangères et la Caisse des Français de l'étranger fixe notamment :

- a) Les éléments chiffrés nécessaires à l'application du a du 1° de l'article L. 766-1 relatifs aux adhérents individuels admis au bénéfice des dispositions de l'article L. 766-2-3 ;
- b) Les modalités de transmission de ces éléments ;
- c) Les modalités de versement du concours mentionné au premier alinéa de l'article L. 766-9 ;
- d) Les modalités de mise en oeuvre du b du 1° de l'article L. 766-4-1 ;
- e) Les frais de gestion mentionnés au c du 1° de l'article L. 766-4-1.

Article D766-7-2

Pour l'application des b et c du 1° de l'article L. 766-4-1, est considérée comme nouvel adhérent toute personne ayant obtenu le bénéfice de la prise en charge partielle de la cotisation prévue par l'article L. 766-2-3 et qui n'est pas déjà adhérente à l'assurance maladie-maternité gérée par la Caisse des Français de l'étranger à la date d'effet de cette prise en charge. Elle conserve cette qualité pour toute la durée de son droit à la prise en charge.

Section 3 : Caisse des Français de l'étranger

Paragraphe 2 : Election des représentants des assurés au conseil d'administration de la caisse.

Article D766-8

Pour être admis à voter, l'électeur doit être inscrit sur la liste électorale établie en vue des élections au conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger.

Article D766-9

Quatre semaines avant la date du scrutin, le secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger rend publique la date de l'élection, par affichage au secrétariat général.

Cette date est également affichée à la caisse des Français de l'étranger.

Article D766-10

La liste électorale est établie en suivant l'ordre alphabétique par le ministre chargé des relations extérieures et est affichée au secrétariat général quinze jours avant la date de l'élection. La liste électorale est également affichée à la caisse des Français de l'étranger.

Une copie de cette liste sert de feuille d'émargement.

Dans les cinq jours de cet affichage, tout électeur peut adresser une réclamation au ministre chargé des relations extérieures pour demander l'inscription ou la radiation d'un électeur omis ou indûment inscrit.

Le ministre chargé des relations extérieures se prononce dans les cinq jours. La liste éventuellement rectifiée est également affichée au secrétariat général et à la caisse des Français de l'étranger.

Article D766-11

En cas d'élection partielle ou d'annulation totale des élections, la liste électorale est affichée dix jours au moins avant la date de l'élection.

Article D766-12

Pour l'application de l'article L. 766-5, les listes de candidats doivent comporter trente noms et respecter la répartition entre les diverses catégories d'assurés volontaires.

Article D766-13

Les listes de candidats comportant l'intitulé de la liste ainsi que les nom et prénoms des candidats sont déposées au secrétariat du conseil supérieur des Français de l'étranger, contre récépissé, quinze jours avant la date du scrutin.

Le dépôt de chaque liste est fait par un mandataire de liste ayant la qualité d'électeur au conseil d'administration.

Chaque liste fait l'objet d'une déclaration collective qui précise le titre de la liste et l'ordre de présentation des candidats.

Au dépôt de la liste sont jointes les déclarations individuelles de chacun des candidats de la liste. Chaque déclaration individuelle est signée par le candidat et comporte la procuration donnée au mandataire. Elle énumère les nom, prénoms, date et lieu de naissance, domicile et profession des intéressés, ainsi que leur numéro d'immatriculation aux assurances volontaires.

Article D766-14

Aucun remplacement ou retrait de candidature ne peut être opéré après le dépôt de la liste.

Toutefois, un candidat décédé peut être remplacé jusqu'à l'expiration du délai de dépôt des candidatures.

Article D766-15

La régularité des listes de candidats peut être contestée par tout électeur dans un délai de trois jours à partir de leur publication devant le tribunal d'instance du premier arrondissement de Paris.

Le tribunal saisi par requête d'un électeur statue sans formalité dans les trois jours.

La décision est notifiée au requérant par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception et portée à la connaissance du secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger. Elle est rendue en dernier ressort et n'est pas susceptible d'opposition.

Article D766-16

Chaque liste de candidatures a droit à une circulaire sur un feuillet de format 210 x 297 mm.

Chaque liste a droit à une affiche de propagande d'un format de 594 x 841 mm, apposée à côté du lieu de vote.

Article D766-17

Les listes de candidats sont affichées dix jours avant le jour de l'élection au secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger et à la caisse des Français de l'étranger.

En cas de contestation, prévue à l'article D. 766-15, la liste arrêtée après décision du tribunal est affichée quarante-huit heures avant le scrutin.

Article D766-18

Le nombre des bulletins de vote que chaque liste de candidats peut faire imprimer ne doit pas excéder de plus de vingt pour cent le double du nombre des électeurs au conseil d'administration de la caisse des Français de l'étranger.

Les bulletins ont un format de 148 x 210 mm.

Les bulletins ne doivent pas comporter d'autres mentions que le nom de la caisse des Français de l'étranger, le titre de la liste ainsi que le nom et le prénom de chaque candidat.

Ces mentions doivent figurer sur un seul côté du bulletin.

Article D766-19

Il est interdit de distribuer ou de faire distribuer le jour du scrutin des bulletins, circulaires et autres documents.

Article D766-20

La caisse des Français de l'étranger ou la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-et-Marne en tant que gestionnaire du régime des expatriés pendant la période transitoire mentionnée à l'article 21 de la loi n° 84-604 du 13 juillet 1984 rembourse, sur présentation des pièces justificatives, les frais réellement exposés par les listes pour l'impression des circulaires et bulletins. Le remboursement est effectué dans la limite des tarifs fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Le remboursement des documents électoraux mentionnés aux articles précédents est opéré au profit des listes ayant obtenu au moins cinq pour cent des suffrages.

Article D766-21

Toute propagande à l'étranger est interdite, à l'exception de l'envoi ou de la remise aux électeurs, sous pli fermé, des circulaires et bulletins de vote des candidats, effectués par le secrétariat général du conseil supérieur des Français de l'étranger.

Article D766-22

Le texte des circulaires des candidats ne doit pas être de nature à porter atteinte aux relations extérieures de la France ni présenter un caractère diffamatoire.

Article D766-23

Les électeurs doivent, le jour du scrutin, justifier de leur identité. La carte de membre du conseil supérieur des Français de l'étranger tient lieu de carte électorale.

Paragraphe 5 : Organisation financière et comptable

Article D766-25

Sont applicables à la Caisse des Français de l'étranger les dispositions des articles D. 253-2, D. 253-3, D. 253-5 à D. 253-14, D. 253-17 à D. 253-28, D. 253-31 à D. 253-34, D. 253-42, D. 253-43, D. 253-45, D. 253-47, D. 253-48, D. 253-50, D. 253-51, D. 253-53, D. 253-54, D. 253-56, D. 253-59 à D. 253-64, D. 253-66 à D. 253-83.

Article D766-26

Sont applicables les dispositions des articles :

1° D. 253-4, sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article R. 122-3 et de celles de l'article R. 766-50 ;

2° D. 253-15, à l'exception du membre de phrase commençant par " auprès " et se terminant par " D. 253-1 " ;

3° D. 253-16, sous réserve du remplacement du membre de phrase :

" des articles L. 243-1 et R. 243-1 à R. 243-21 " par : " des articles L. 766-4, R. 762-20 et R. 764-11 " ;

4° D. 253-30, à l'exception de la fin de la phrase du troisième alinéa commençant par " qui ne peuvent " et de la deuxième phrase du quatrième alinéa ;

5° D. 253-35, sous réserve du remplacement du membre de phrase :

" les agents comptables des organismes de sécurité sociale " par " l'agent comptable de la Caisse des Français de l'étranger ", et de la suppression du membre de phrase : " des représentants qualifiés de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale " et du membre de phrase commençant par : " selon les modalités " ;

6° D. 253-44, à l'exception de la phrase commençant par :

" six mois après le délai de prescription pour les prestations familiales " et se terminant par : " pour le compte de tiers " et de la suppression des mots : " vieillesse et " de la phrase commençant par : " cinq après le décès du titulaire " ;

7° D. 253-46, à l'exception de la fin de la phrase de l'alinéa 3 commençant par : " éventuellement " ;

8° D. 253-49, à l'exception des premier et deuxième alinéas ;

9° D. 253-52, à l'exception du 1° qui est remplacé par " 1° la codification des différentes sections prévues par l'article R. 766-57 " ;

10° D. 253-55, à l'exception du dernier alinéa ;

11° D. 253-57, à l'exception du dernier alinéa ;

12° D. 253-58, à l'exception des mots : " le 1er avril " qui sont remplacés par : " le 30 juin " ;

13° D. 253-65, à l'exception des mots : " à l'improviste " ;

14° D. 254-4, à l'exception du membre de phrase commençant par :

" des pensions de vieillesse " et se terminant par : " travailleurs salariés " ; de la fin de la phrase du premier alinéa commençant par : " un extrait " qui est remplacée par : " une notification d'attribution de ses droits " et à l'exception du numéro 3 du troisième alinéa ; à l'alinéa 2, les mots : " l'extrait d'inscription " sont remplacés par : " la notification d'attribution " ;

15° D. 254-5, à l'exception du membre de phrase : " des pensions de vieillesse et des allocations aux vieux travailleurs salariés " ;

16° D. 254-6, à l'exception du membre de phrase du deuxième alinéa commençant par : " ainsi que " et se terminant par :

" accessoires ".

Paragraphe 6 : Dispositions diverses.

Article D766-27

En application de l'article L. 153-7, les dispositions de l'article L. 281-2 sont étendues à la caisse des Français de l'étranger.

Le pouvoir de substitution prévu audit article est exercé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Section 4 : Dispositions diverses et d'application.

Article D766-28

Les assurés volontaires adhérant à l'assurance volontaire maladie-maternité peuvent bénéficier des prestations en nature de cette assurance pendant leurs séjours temporaires sur le territoire français supérieurs à trois mois et inférieurs à six mois, s'ils n'ont pas droit, à titre quelconque, à ces prestations sur le territoire français.

Dans cette hypothèse, les intéressés avisent la caisse des Français de l'étranger lors de leur adhésion à l'assurance volontaire, ou avant le 1er janvier 1986, de leur intention de souscrire à ce complément d'assurance.

Les assurés volontaires qui ont des droits à un autre titre que l'assurance volontaire sur le territoire français perçoivent les prestations de l'assurance maladie et maternité du régime français dont ils dépendent, servies par l'organisme français compétent.

Toutefois, la caisse des Français de l'étranger peut servir ces prestations, sous réserve d'un remboursement, par les organismes français de sécurité sociale compétents pour l'affiliation des intéressés, des frais qu'elle a engagés. Les modalités de remboursement sont fixées par des conventions passées entre la caisse des Français de l'étranger et les organismes de sécurité sociale compétents.

Article D766-29

Le taux de la cotisation supplémentaire due par les assurés mentionnés au premier alinéa de l'article D. 766-28 est fixé à 2 p. 100. La cotisation est assise, selon les catégories, sur le salaire forfaitaire ou sur le montant des pensions de vieillesse allouées au titre d'un régime français de sécurité sociale, qui servent de base au calcul des cotisations d'assurance maladie-maternité des intéressés.

Article D766-30

Les soins donnés en France aux assurés volontaires et à leurs ayants droit qui ne bénéficient pas d'un droit propre en France sont pris en charge par la caisse des Français de l'étranger dans les conditions fixées au livre III du présent code.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre 5 : Allocation de solidarité aux personnes âgées

Section 1 : Ouverture du droit et liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

Article D815-1

Le montant maximum servi au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est fixé :

- a) Pour les personnes seules, ou lorsque seul un des conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité en bénéficie, à 9 600 euros par an à compter du 1er octobre 2014 ;
- b) Lorsque les deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité en bénéficient, à 14 904 euros par an à compter du 1er octobre 2014. Dans ce cas, le montant est servi par moitié à chacun des deux allocataires concernés.

Les dispositions du b sont également applicables pour le calcul de l'allocation de solidarité aux personnes âgées servie au demandeur lorsque son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité bénéficie de l'allocation supplémentaire d'invalidité visée à l'article L. 815-24.

Article D815-2

Le plafond annuel prévu à l'article L. 815-9 pour une personne seule, est égal au montant maximum prévu au a de l'article D. 815-1 pour la période correspondante. Le plafond applicable lorsque le ou les allocataires sont mariés, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité est égal au montant maximum prévu au b de l'article D. 815-1.

Section 2 : Recouvrement sur les successions

Article D815-3

Le montant prévu au premier alinéa de l'article L. 815-13 dans la limite duquel les sommes servies au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont récupérables est égal, au titre des allocations versées pendant la période du 1er avril au 31 mars de l'année suivante :

a) Pour une personne seule, à la différence entre le montant maximum prévu au a de l'article D. 815-1 et le montant prévu au II de l'article 3 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, applicables pendant la période ;

b) Lorsque les deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité en bénéficient, à la différence entre le montant maximum prévu au b de l'article D. 815-1 et deux fois le montant prévu au II de l'article 3 de la même ordonnance, applicables pendant la période.

Lorsque l'allocation n'a pas été servie pendant l'année complète, ces montants sont diminués au prorata de la durée effective de service de l'allocation.

Article D815-4

Le montant d'actif net à partir duquel il est procédé au recouvrement sur la succession de l'allocataire des arrérages servis à ce dernier au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées est fixé à 39 000 euros.

Article D815-5

Pour l'application de l'article L. 815-13, le capital d'exploitation agricole est constitué des éléments suivants : terres, cheptel mort ou vif, bâtiments d'exploitation, éléments végétaux constituant le support permanent de la production, tels que arbres fruitiers et vigne, ainsi que les éléments inclus dans le fonds agricole créé, le cas échéant, par l'exploitant en application de l'article L. 311-3 du code rural et de la pêche maritime.

Pour l'application du même article L. 815-13, sont considérés comme des bâtiments indissociables du capital d'exploitation défini à l'alinéa précédent :

1° Les bâtiments d'habitation occupés à titre de résidence principale par le bénéficiaire de l'allocation et les membres de sa famille vivant à son foyer qui comprennent un mur mitoyen à un bâtiment d'exploitation agricole inclus dans ce capital agricole ;

2° Les autres bâtiments d'habitation affectés à l'usage exclusif de l'exploitation et qui sont soit implantés sur des terres incluses dans ce capital, soit situés à une distance ne pouvant excéder cinquante mètres des bâtiments agricoles ou des terres qui constituent ce capital, soit nécessaires à l'activité de l'exploitation.

Article D815-6

Le recouvrement s'exerce sur la partie de l'actif net successoral, visé au deuxième alinéa de l'article L. 815-13, défini par les règles du droit commun, qui excède le montant prévu à l'article D. 815-4.

Il ne peut avoir pour conséquence d'abaisser l'actif net de la succession au-dessous du montant visé à l'article D. 815-4.

Toutefois, pour la détermination de l'actif net ouvrant droit au recouvrement, les organismes ou services mentionnés à l'article L. 815-7 ont la faculté de faire réintégrer à l'actif toutes les libéralités consenties par l'allocataire quelle qu'en soit la forme ainsi que les primes versées par celui-ci au titre d'un contrat d'assurance vie dès lors que :

-ces libéralités et ces contrats d'assurance vie respectivement consentis ou conclus postérieurement à la demande d'allocation sont manifestement incompatibles avec les ressources ou biens déclarés par l'allocataire pour obtenir ou continuer à percevoir l'allocation de solidarité ;

-et que ces libéralités et ces primes, en minorant l'actif net successoral, ont eu pour effet de faire obstacle en tout ou partie à l'exercice par les organismes et services précités de leur action en recouvrement sur succession de l'allocation de solidarité.

Ces dispositions particulières au recouvrement sur successions de l'allocataire, qui n'ont pas d'incidence sur la validité des libéralités et contrats consentis ou conclus par l'allocataire, ont seulement pour effet de les rendre inopposables aux organismes et services mentionnés à l'article L. 815-7 précité dans le cas visé au troisième alinéa du présent article.

Article D815-7

Le recouvrement des arrérages servis au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sur la part de succession attribuée au conjoint survivant et, le cas échéant, au concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité survivant peut être différé jusqu'au décès de ce dernier. Il en est de même en ce qui concerne les héritiers qui étaient à la charge de l'allocataire à la date de son décès et qui, à cette date, étaient soit âgés d'au moins soixante-cinq ans, ou d'au moins soixante ans en cas d'incapacité au travail, soit en dessous de cet âge, atteints d'une invalidité réduisant d'au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain.

Pour l'application de l'alinéa précédent, est considérée comme ayant été à la charge de l'allocataire toute personne qui vivait habituellement à son foyer et dont les ressources, appréciées dans les conditions fixées aux articles L. 815-9, R. 815-18, R. 815-22 à R. 815-29, R. 815-38 et R. 815-42, n'excédaient pas, à la date du décès de l'allocataire, le montant limite de ressources applicable à cette date, pour une personne seule, en application de l'article D. 815-2.

Section 5 : Mode de gestion, organisation et financement du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées

Article D815-8

Le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées institué par l'article L. 815-7 est doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

Il est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations.

Article D815-9

La commission instituée par l'article L. 815-7 prend le nom de commission consultative du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Elle est composée comme suit :

- un représentant du ministre chargé du budget ;
- un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- un représentant du ministre chargé de l'agriculture et de la pêche ;
- un représentant de la Caisse des dépôts et consignations ou du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ;
- le président du Fonds de solidarité vieillesse ou son représentant.

Les modalités de fonctionnement de ladite commission sont fixées par un règlement intérieur.

Article D815-10

Le secrétariat de la commission est assuré par un fonctionnaire de la Caisse des dépôts et consignations désigné par le directeur général de cet organisme.

Elle est obligatoirement consultée :

- 1° Sur le montant des ressources affectées à l'action sociale, lequel ne peut excéder un taux de 0,5 % des dépenses d'arrérages des allocations spéciales et des allocations de solidarité aux personnes âgées payées par le service ;
- 2° Sur les demandes de remises de dettes présentées au titre des articles R. 815-48 et D. 815-18 dont le montant est supérieur à la moitié du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées servie à une personne seule ;
- 3° Sur la convention de gestion mentionnée à l'article D. 815-16 ;
- 4° Sur toute modification qu'il pourrait être envisagé d'apporter au présent chapitre, ayant un impact sur le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

La commission peut être saisie pour avis par le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé du budget, le ministre chargé de l'agriculture ou par le directeur général de la Caisse des dépôts et consignations.

Elle est tenue informée de l'organisation, de la gestion et du financement du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Ces informations font l'objet d'un rapport annuel.

Article D815-11

L'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article L. 815-8 est le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget.

Le délai mentionné à ce même article est un délai de vingt jours.

Article D815-12

La commission prévue à l'article D. 815-9 peut donner délégation au service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour statuer sur la suite à donner aux demandes de secours urgents mentionnées à l'article L. 815-8.

Il lui est rendu compte des décisions prises en vertu de ces délibérations.

Article D815-13

La Caisse des dépôts et consignations ouvre, dans ses écritures, un compte particulier où elle enregistre les opérations de recettes et de dépenses du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Ce compte porte intérêt au taux servi par le Trésor à la Caisse des dépôts et consignations.

Les disponibilités du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées peuvent être employées en valeur de l'Etat ou garanties par l'Etat.

Article D815-14

Les recettes du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont les suivantes :

1° Les remboursements et subventions du fonds institué par l'article L. 135-1 ;

2° L'intérêt des sommes déposées en compte courant ;

3° Le produit des placements effectués pour l'emploi de ses disponibilités ;

4° Le montant des sommes qu'il aurait éventuellement payées pour le compte d'un autre organisme et que cet autre organisme lui rembourserait ;

5° Les recettes diverses et accidentelles ;

6° Les dons et legs.

Article D815-15

Les dépenses du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont les suivantes :

1° Le montant des arrérages des allocations payées par lui en application de l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ;

2° Le montant des allocations de solidarité aux personnes âgées payées par lui ;

3° Les frais de fonctionnement du service ;

4° Le montant des dépenses d'action sociale effectuées en faveur des bénéficiaires des allocations visées au 1° et au 2° ;

5° Les dépenses diverses et accidentelles.

Article D815-16

Une convention, conclue avec le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget, fixe les conditions dans lesquelles la Caisse des dépôts et consignations assure la gestion du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées prévue à l'article L. 815-7. Cette convention est transmise pour avis à la commission consultative.

Article D815-17

Le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées rembourse annuellement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés les dépenses exposées pour l'application de l'article R. 815-31, selon les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux et fixés par les conventions prévues à l'article L. 162-5.

Article D815-18

Les organismes de vieillesse prenant en charge des allocataires du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont tenus de rembourser les sommes payées pour leur compte par ledit service. Ces remboursements sont effectués directement sur les arrrages disponibles au titre de la part contributive des avantages de vieillesse dus par les organismes aux allocataires.

A défaut, il peut être fait remise totale ou partielle de la dette, le cas échéant, dans les conditions prévues au 2° de l'article D. 815-10.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 1 : Allocations aux personnes âgées

Chapitre 5 bis : Allocation supplémentaire d'invalidité

Article D815-19

Le montant maximum servi au titre de l'allocation supplémentaire d'invalidité est fixé :

- a) Pour les personnes seules ou lorsque seul un des conjoints en bénéficie, à 4 475,49 euros par an à compter du 1er janvier 2009 ;
- b) Lorsque les deux conjoints en bénéficient, à 7 385,22 euros par an à compter du 1er janvier 2009. Dans ce cas, le montant est servi par moitié à chacun des deux allocataires concernés.

Les dispositions du b sont également applicables pour le calcul de l'allocation supplémentaire d'invalidité lorsque le conjoint du demandeur bénéficie de l'allocation de solidarité aux personnes âgées visée à l'article L. 815-1.

Article D815-19-1

Les plafonds annuels prévus à l'article L. 815-24-1 sont fixés, à compter du 1er janvier 2009, à 7 781, 27 euros pour une personne seule et à 13 629, 44 euros lorsque le ou les allocataires sont mariés, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article D815-20

Les dispositions des articles D. 815-4 à D. 815-7 sont applicables à l'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée au présent chapitre, sous réserve des adaptations suivantes :

-Les références à l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont remplacées par les références à l'allocation supplémentaire d'invalidité ;

-Les références à l'article L. 815-13 sont remplacées par les références à l'article L. 815-28.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 2 : Allocation aux adultes handicapés.

Article D821-1

Pour l'application de l'article L. 821-1, le taux d'incapacité permanente exigé pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés est d'au moins 80 %.

Pour l'application de l'article L. 821-2 ce taux est de 50 %.

Le pourcentage d'incapacité est apprécié d'après le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles.

Article D821-1-2

Pour l'application des dispositions du 2° de l'article L. 821-2, la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi subie par une personne handicapée qui demande à bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés est appréciée ainsi qu'il suit :

1° La restriction est substantielle lorsque le demandeur rencontre, du fait de son handicap même, des difficultés importantes d'accès à l'emploi. A cet effet, sont à prendre en considération :

- a) Les déficiences à l'origine du handicap ;
- b) Les limitations d'activités résultant directement de ces mêmes déficiences ;
- c) Les contraintes liées aux traitements et prises en charge thérapeutiques induits par le handicap ;
- d) Les troubles qui peuvent aggraver ces déficiences et ces limitations d'activités.

Pour apprécier si les difficultés importantes d'accès à l'emploi sont liées au handicap, elles sont comparées à la situation d'une personne sans handicap qui présente par ailleurs les mêmes caractéristiques en matière d'accès à l'emploi.

2° La restriction pour l'accès à l'emploi est dépourvue d'un caractère substantiel lorsqu'elle peut être surmontée par le demandeur au regard :

- a) Soit des réponses apportées aux besoins de compensation mentionnés à l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles qui permettent de faciliter l'accès à l'emploi sans constituer des charges disproportionnées pour la personne handicapée ;
- b) Soit des réponses susceptibles d'être apportées aux besoins d'aménagement du poste de travail de la personne handicapée par tout employeur au titre des obligations d'emploi des handicapés sans constituer pour lui des charges disproportionnées ;
- c) Soit des potentialités d'adaptation dans le cadre d'une situation de travail.

3° La restriction est durable dès lors qu'elle est d'une durée prévisible d'au moins un an à compter du dépôt de la demande d'allocation aux adultes handicapés, même si la situation médicale du demandeur n'est pas stabilisée. La restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi est reconnue pour une durée de un à cinq ans.

4° Pour l'application du présent article, l'emploi auquel la personne handicapée pourrait accéder s'entend d'une activité professionnelle lui conférant les avantages reconnus aux travailleurs par la législation du travail et de la sécurité sociale.

5° Sont compatibles avec la reconnaissance d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi :

- a) L'activité à caractère professionnel exercée en milieu protégé par un demandeur admis au bénéfice de la rémunération garantie mentionnée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles ;
- b) L'activité professionnelle en milieu ordinaire de travail pour une durée de travail inférieure à un mi-temps, dès lors que cette limitation du temps de travail résulte exclusivement des effets du handicap du demandeur ;
- c) Le suivi d'une formation professionnelle spécifique ou de droit commun, y compris rémunérée, résultant ou non d'une décision d'orientation prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Article D821-2

La personne qui satisfait aux autres conditions d'attribution peut prétendre à l'allocation aux adultes handicapés si l'ensemble des autres ressources perçues par elle durant l'année civile de référence n'atteint pas douze fois le montant de l'allocation aux adultes handicapés fixé selon les modalités prévues à l'article L. 821-3-1 ou, pour la personne dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1, si l'ensemble des autres ressources perçues par elle durant le trimestre de référence n'atteint pas trois fois ce même montant.

Lorsque le demandeur est marié ou lié par un pacte civil de solidarité, et non séparé, ou qu'il vit en concubinage, le plafond mentionné au premier alinéa est doublé. Lorsqu'il a des enfants à charge au sens des articles L. 512-3, L. 512-4 et L. 521-2, le plafond est majoré d'une somme égale à la moitié de ce plafond pour chacun des enfants.

Le bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés a droit, mensuellement, à une allocation égale au douzième de la différence entre le montant du plafond applicable et les ressources annuelles mentionnées au premier alinéa, ou, pour le bénéficiaire dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1, au tiers de la différence entre le montant du plafond applicable et les ressources trimestrielles mentionnées au même alinéa, sans que cette allocation puisse excéder le montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés fixé selon les modalités prévues à l'article L. 821-3-1.

Article D821-3

Le montant mensuel du complément d'allocation aux adultes handicapés mentionné à l'article L. 821-1-1 dans sa rédaction antérieure à la promulgation de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est fixé à 100, 50 €.

Le montant mensuel de la garantie de ressources des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 821-1-1 est égal à la somme du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés et de celui du complément de ressources mentionné au même article. Le montant mensuel du complément de ressources est fixé à 179, 31 €.

Le montant mensuel de la majoration pour la vie autonome mentionnée à l'article L. 821-1-2 est fixé à 104, 77 €.

Article D821-4

Pour l'application de l'article L. 821-1-1, le pourcentage mentionné au troisième alinéa de cet article est égal à 5 % et la durée mentionnée au quatrième alinéa du même article est égale à un an à la date du dépôt de la demande.

Article D821-5

Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 821-1, le cumul de l'allocation aux adultes handicapés et de la rémunération garantie mentionnée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles ne peut excéder 100 % du salaire minimum brut de croissance calculé pour 151,67 heures. Lorsque le total de l'allocation aux adultes handicapés et de la rémunération garantie excède ce montant, l'allocation est réduite en conséquence.

Lorsque l'allocataire est marié et non séparé ou est lié par un pacte civil de solidarité ou vit en concubinage, ce pourcentage est majoré de 30 %. Lorsqu'il a un enfant ou un ascendant à sa charge au sens de l'article L. 313-3, ce pourcentage est majoré de 15 %.

Article D821-6

La limite du montant annuel prévue au cinquième alinéa de l'article R. 821-4 est fixée à 1 830 euros à compter du 1er juillet 1990.

Article D821-7

Les organismes chargés du versement de l'allocation sont autorisés à abandonner la mise en recouvrement des indus lorsque leur montant est inférieur à une somme égale à 0,68 % du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, arrondie à l'euro supérieur.

Article D821-8

Les titres ou documents prévus à l'article L. 821-1 sont ceux mentionnés aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° et 11° de l'article D. 115-1. Est également pris en compte le récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de validité de trois mois renouvelable délivré dans le cadre de l'octroi de la protection subsidiaire, accompagné de la décision de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou de la Cour nationale du droit d'asile accordant cette protection.

Article D821-9

Pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 821-3, les revenus d'activité professionnelle perçus par le bénéficiaire ne sont pris en compte pour l'application de la condition de ressources que dans les limites mentionnées ci-dessous :

1° Lorsque le bénéficiaire n'a pas perçu de revenus d'activité au cours du mois civil précédent et débute ou reprend une activité, les revenus mentionnés au premier alinéa ne sont pas pris en compte pendant une durée maximale de six mois à partir du mois du début ou de la reprise d'activité. La durée cumulée du bénéfice de cette disposition ne peut excéder six mois par période de douze mois glissants. Cette disposition n'est pas applicable lorsque le début ou la reprise d'activité est antérieure à la date d'ouverture du droit à l'allocation aux adultes handicapés ;

2° Sous réserve de l'application du 1°, les revenus mentionnés au premier alinéa sont affectés d'un abattement égal à :

a) 80 % pour la tranche de revenus inférieure ou égale, en moyenne mensuelle, à 30 % de la valeur mensuelle du salaire minimum de croissance calculé pour 151,67 heures en vigueur le dernier jour de la période de référence ;

b) 40 % pour la tranche de revenus supérieure, en moyenne mensuelle, à 30 % de la valeur mensuelle du salaire minimum de croissance calculé pour 151,67 heures en vigueur le dernier jour de la période de référence.

Article D821-10

Lorsqu'un titulaire de l'allocation aux adultes handicapés est admis au bénéfice de la rémunération garantie mentionnée à l'article L. 243-4 du code de l'action sociale et des familles, le droit à l'allocation est examiné dans les conditions suivantes :

- a) Au moment de l'admission dans un établissement ou un service d'aide par le travail, l'organisme débiteur de l'allocation suspend les paiements et réexamine le droit à l'allocation, avec effet au premier jour du mois civil d'attribution de l'aide au poste. Les revenus d'activité à caractère professionnel qui avaient été pris en compte pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés sont neutralisés et remplacés par une somme égale à douze fois le montant de l'aide au poste due pour le premier mois complet d'attribution de cette aide.
- b) Pour les périodes de paiement suivantes et tant que l'intéressé n'est pas présent pendant une année civile de référence complète au sein de l'établissement ou service d'aide par le travail, les revenus d'activité à caractère professionnel qui avaient été pris en compte pour l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés sont neutralisés et remplacés par une somme égale à douze fois le montant de l'aide au poste due au titre du mois précédant l'ouverture de la période de paiement considérée.
- c) Pour les périodes de paiement suivantes et lorsque l'intéressé a été présent pendant une année civile de référence complète au sein de l'établissement ou service d'aide par le travail, il est tenu compte pour l'attribution de l'allocation de la rémunération garantie perçue par l'intéressé pendant l'année civile de référence.

Les revenus mentionnés aux a, b et c sont affectés pour le calcul de l'allocation d'un abattement de :

-3,5 % lorsque la part de la rémunération garantie financée par l'établissement ou le service est supérieure à 5 % et inférieure à 10 % du salaire minimum de croissance ;

-4 % lorsque la part de la rémunération garantie financée par l'établissement ou le service est supérieure ou égale à 10 % et inférieure à 15 % du salaire minimum de croissance ;

-4,5 % lorsque la part de la rémunération garantie financée par l'établissement ou le service est supérieure ou égale à 15 % et inférieure à 20 % du salaire minimum de croissance ;

-5 % lorsque la part de la rémunération garantie financée par l'établissement ou le service est supérieure ou égale à 20 % et inférieure ou égale à 50 % du salaire minimum de croissance.

Ils font ensuite l'objet des déductions et abattements prévus par les a et b de l'article R. 532-3. Les trop-perçus au titre de l'allocation aux adultes handicapés ou des allocations auxquelles elle est censée se substituer s'imputent sur les versements ultérieurement effectués au titre de ces allocations après réexamen des droits, ou font l'objet d'un reversement par l'allocataire.

Pour l'application du présent article aux allocataires dont les ressources sont appréciées conformément à l'article R. 821-4-1, le mot : " douze " est remplacé par le mot : " trois ", les mots : " une année civile " par les mots : " un trimestre ", les mots : " l'année civile " par les mots : " le trimestre " et le mot : " complète " par le mot : " complet ".

Article D821-11

Les dispositions des articles D. 553-1, D. 553-2 et D. 553-4 sont applicables au recouvrement des indus prévu à l'article L. 821-5-1.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement sociale

Chapitre 1er : Conditions générales d'attribution

Section 1 : Dispositions communes.

Article D831-1

L'allocation de logement est versée pendant une période de douze mois débutant au 1er janvier de chaque année. Elle est calculée sur la base, en cas de location, du loyer principal effectivement payé pour le mois de juillet de l'année précédente, ou, en cas d'accession à la propriété, sur la base de la mensualité acquittée au titre des charges mentionnées à l'article R. 831-23.

Article D831-2

L'allocation de logement prévue aux articles L. 831-1 et suivants est calculée dans les conditions prévues aux articles D. 542-5 à D. 542-7 D. 542-13 et au premier alinéa de l'article D. 542-30 ; dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, elle est calculée dans les conditions prévues aux articles D. 755-24 à D. 755-25. Pour l'application du 5° du II de l'article D. 542-5, les coefficients ou nombre de parts dont doivent être affectées les limites inférieures et supérieures de chacune des tranches de revenus prévues auxdits articles sont fixés en métropole et dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 à :

1,2 pour une personne seule ;

1,5 pour un ménage.

Le minimum au-dessous duquel l'allocation n'est pas versée est fixé à 15 Euros.

Les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole sont autorisées à abandonner la mise en recouvrement des indus d'allocation lorsque leur montant est inférieur à une somme égale à 0,68 % du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, arrondie à l'euro supérieur.

Article D831-2-1

L'allocation de logement pour les personnes résidant dans un ensemble doté de services collectifs est calculée selon les modalités définies au II de l'article D. 542-5.

Le montant de l'allocation de logement doit être au plus égal au montant de la redevance supportée par le résident.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et du logement définit les équivalences de loyer prises en compte pour :

a) Les étudiants logés en résidence universitaire ;

b) Les résidents des résidences universitaires gérées par le centre régional des œuvres universitaires et scolaires prévu à l'article R. 822-14 du code de l'éducation modifié relatif aux missions et à l'organisation des œuvres universitaires lorsque la chambre a fait l'objet d'une réhabilitation ;

c) Les personnes dont l'âge est au moins égal à celui prévu par l'article L. 161-17-2, augmenté de cinq années sauf en cas d'inaptitude au travail, les personnes titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées dont l'âge est au moins égal à soixante-cinq ans, ainsi que les personnes infirmes ;

d) Les autres personnes résidant dans un ensemble doté de services collectifs.

Toutefois, pour les étudiants logés dans un studio d'une résidence universitaire gérée par le centre régional des œuvres universitaires et scolaires, l'allocation de logement est calculée selon les modalités définies au I de l'article D. 542-5 et au premier alinéa de l'article D. 542-30.

Les deux derniers alinéas de l'article D. 831-2 du même code sont applicables aux dispositions du présent article.

Article D831-4

L'arrêté interministériel prévu à l'article L. 831-4 est pris par le ministre chargé du budget, le ministre chargé du logement, le ministre chargé de l'agriculture et le ministre chargé de la sécurité sociale.

Article D831-5

Les dispositions des articles D. 553-1, D. 553-2 et D. 553-4 sont applicables au recouvrement des indus prévu à l'article L. 835-3.

Article D831-6

Les cas prévus au 2° du III de l'article L. 831-3 sont les suivants :

1° Le bailleur du logement apporte la preuve auprès de l'organisme payeur qu'il a engagé les travaux de mise en conformité en vue d'un achèvement dans un délai de six mois ; le renouvellement de ce délai de six mois ne peut être accordé que si le propriétaire apporte la preuve que la réalisation des travaux nécessite un délai supérieur ou que le retard dans l'avancement des travaux ne lui est pas imputable ;

2° Le locataire du logement a engagé une action en justice toujours en cours fondée sur la méconnaissance par le bailleur de l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 ;

3° L'allocation de logement hors forfait charges constitue plus de la moitié du dernier loyer brut hors charges connu de l'organisme payeur. A l'issue du délai de six mois prévu au 2° du III de l'article L. 831-3, un deuxième renouvellement de six mois ne peut être accordé que si l'allocataire apporte la preuve qu'il n'était manifestement pas en mesure d'entreprendre les démarches prévues au 2° ou au 5° au cours du délai précédent ;

4° L'allocataire en situation d'impayé de loyers au sens de l'article R. 831-21 bénéficie du maintien de l'allocation de logement au titre de l'article L. 831-2-1 ;

5° Le locataire du logement apporte la preuve soit qu'il a accompli des actes positifs et récents en vue de trouver un nouveau logement ou a saisi la commission de médiation prévue à l'article L. 441-2-3 du code de la construction et de l'habitation, soit qu'il n'était manifestement pas en mesure de trouver un logement. A l'issue du délai de six mois prévu au 2° du III de l'article L. 831-3, un deuxième renouvellement de six mois ne peut être accordé que si l'allocataire apporte la preuve qu'il n'était manifestement pas en mesure de trouver un logement au cours du délai précédent.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement sociale

Chapitre 2 : Conditions particulières aux personnes âgées et aux personnes atteintes d'une infirmité.

Article D832-1

Lorsque à la suite, soit d'un échange consenti pour libérer un logement dont la superficie excède celle prévue à l'article R. 831-13-1, soit d'une expropriation pour cause d'utilité publique ou d'une opération d'aménagement ou de rénovation urbaine ou de résorption d'habitat insalubre en application de la loi du 10 juillet 1970, soit de la démolition d'un immeuble ayant fait l'objet d'une déclaration d'insalubrité, d'une interdiction d'habiter ou d'un arrêté de péril, soit d'une opération de restauration immobilière, les personnes mentionnées au sixième alinéa de l'article D. 831-2-1 qui, au titre de leur ancien logement, bénéficiaient de l'allocation de logement ou qui remplissaient les conditions pour pouvoir en bénéficier, ont été amenées, de leur propre fait ou à l'initiative des pouvoirs publics, à occuper un logement locatif ancien ou neuf soumis à une réglementation des loyers et qu'elles acquittent de ce fait un loyer plus élevé que celui qu'elles payaient précédemment, l'allocation est calculée de façon à couvrir la différence entre le loyer principal acquitté dans l'ancien logement, déduction faite éventuellement de l'allocation qui leur était octroyée et le nouveau loyer principal qui leur est réclamé, dans la limite du plafond fixé en application de l'article L. 831-4.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 3 : Allocation de logement sociale

Chapitre 5 : Dispositions diverses

Article D835-1

Les seuils mentionnés à l'article D. 542-1 sont applicables à l'allocation de logement sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre Ier : Dispositions générales

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre II : Conditions d'ouverture du droit

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre III : Détermination de la prime d'activité

Article D843-1

Le montant forfaitaire mentionné au 1° de l'article L. 842-3 applicable à un foyer composé d'une seule personne est majoré de 50 % lorsque le foyer comporte deux personnes. Ce montant est ensuite majoré de 30 % pour chaque personne supplémentaire présente au foyer et à la charge de l'intéressé. Toutefois, lorsque le foyer comporte plus de deux enfants ou personnes de moins de vingt-cinq ans à charge, à l'exception du conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin de l'intéressé, la majoration à laquelle ouvre droit chacun de ces enfants ou personnes est portée à 40 % à partir de la troisième personne.

Pour les personnes isolées au sens de l'article L. 842-7, le montant majoré est égal à 128,412 % du montant forfaitaire mentionné au 1° de l'article L. 842-3 applicable à un foyer composé d'une seule personne. S'y ajoute, pour chaque enfant à charge, un supplément égal à 42,804 % du montant forfaitaire applicable à un foyer composé d'une seule personne, mentionné au 1° de l'article L. 842-3. Le même supplément s'applique lorsque le foyer comporte d'autres personnes à charge que des enfants.

Article D843-2

Pour chaque travailleur au sein du foyer, la bonification mentionnée à l'article L. 842-3 est nulle lorsque ses revenus professionnels mensuels sont inférieurs ou égaux à 59 fois le montant du salaire minimum interprofessionnel de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail. Au-delà, elle croît linéairement avec leur augmentation jusqu'à ce que ces revenus atteignent 95 fois le montant du salaire minimum interprofessionnel de croissance. Elle atteint alors un montant maximum qui reste constant avec l'augmentation des revenus professionnels.

Le montant maximal de la bonification s'élève à 12,782 % du montant forfaitaire mentionné au 1° de l'article L. 842-3 applicable à un foyer composé d'une seule personne.

Article D843-3

La fraction des revenus professionnels mentionnée au 1° de l'article L. 842-3 est égale à 62 %.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre IV : Ressources prises en compte pour la prime d'activité

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre V : Dispositions propres aux non-salariés

Article D845-1

Les personnes relevant du régime mentionné à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime peuvent prétendre à la prime d'activité lorsqu'ils mettent en valeur une exploitation pour laquelle le dernier bénéficiaire agricole connu n'excède pas 1 700 fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1er janvier de l'année de référence.

Le montant défini à l'alinéa précédent est majoré de 50 % lorsque le foyer se compose de deux personnes et de 30 % pour chaque personne supplémentaire à condition que ces personnes soient :

- 1° Le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'intéressé ;
- 2° Un aide familial, au sens de l'article L. 722-10 du code rural et de la pêche maritime , âgé de moins de dix-huit ans et non chargé de famille ;
- 3° Un associé d'exploitation défini par les articles L. 321-6 à L. 321-12 du code rural et de la pêche maritime âgé de moins de dix-huit ans et non chargé de famille ;
- 4° Une personne de dix-sept à vingt-cinq ans remplissant les conditions fixées au 3° de l'article R. 842-3 du présent code.

Toutefois, lorsque le foyer se compose de plus de deux personnes parmi celles mentionnées aux 2°, 3° et 4° ci-dessus, le montant défini au premier alinéa est majoré de 40 % à partir de la troisième personne.

Article D845-2

Les personnes relevant du régime mentionné à l'article L. 611-1 peuvent prétendre à la prime d'activité lorsque le dernier chiffre d'affaires annuel connu n'excède pas :

- 1° La limite mentionnée au a du 1° du I de l'article 293 B du code général des impôts , s'il s'agit d'entreprises relevant de la première catégorie définie au dernier alinéa du 1 de l'article 50-0 du même code ;
- 2° La limite mentionnée au a du 2° du I de l'article 293 B précité, s'il s'agit d'entreprises relevant de la deuxième catégorie définie au dernier alinéa du 1 de l'article 50-0 précité ou de revenus mentionnés à l'article 102 ter du code précité.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre VI : Attribution, service et financement de la prestation

Article D846-1

Conformément à l'article L. 843-4, il est procédé au réexamen périodique du montant de la prime d'activité au lendemain d'une période de trois mois civils ainsi que lorsqu'un droit au revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles est ouvert. Le bénéficiaire de la prime d'activité doit déclarer les ressources de son foyer afin de permettre ce réexamen.

Article D846-2

Le montant en dessous duquel la prime d'activité n'est pas versée est fixé à 15 euros.

Article D846-3

Le délai mentionné à l'article L. 843-5, au terme duquel le directeur de l'organisme chargé du service de la prime d'activité procède à la radiation de la liste des bénéficiaires de la prime d'activité, est fixé à vingt-quatre mois.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre VII : Contrôle, recours, récupération et lutte contre la fraude

Article D847-1

Les dispositions des articles D. 553-1, D. 553-2 et D. 553-4 sont applicables au recouvrement des indus de prime d'activité.

Article D847-2

Les organismes chargés du versement de la prime d'activité sont autorisés à abandonner la mise en recouvrement des indus lorsque leur montant est inférieur à une somme égale à 0,68 % du plafond mentionné à l'article L. 241-3, arrondie à l'euro supérieur.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 4 : Prime d'activité

Chapitre VIII : Suivi statistique, évaluation et observation

Article D848-1

Avant la fin de chaque trimestre, la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole transmettent aux services statistiques des ministères chargés de l'action sociale et de l'emploi des données agrégées aux niveaux départemental et national portant sur le trimestre précédent, relatives :

- 1° Aux effectifs et aux caractéristiques des bénéficiaires de la prime d'activité et de leurs ayants droit à la fin du trimestre ainsi qu'aux montants de revenus initiaux et de prestations servies ;
- 2° Aux effectifs des bénéficiaires de la prime d'activité et de leurs ayants droit à la fin de chaque mois du trimestre ;
- 3° Aux effectifs et caractéristiques des bénéficiaires de la prime d'activité et de leurs ayants droit ayant changé de statut au regard de l'emploi au cours du trimestre ;
- 4° Aux caractéristiques des bénéficiaires de la prime d'activité et de leurs ayants droit entrés, suspendus et sortis à la fin de chaque mois du trimestre ainsi qu'aux motifs de sortie ;
- 5° Aux dépenses afférentes à l'allocation de la prime d'activité.

Par dérogation au premier alinéa, les données portant sur le dernier trimestre de chaque année peuvent être transmises jusqu'au mois d'avril de l'année suivante.

Article D848-2

Avant la fin du mois d'avril de chaque année, la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole transmettent aux services statistiques des ministères chargés de l'action sociale et de l'emploi des données agrégées aux niveaux départemental et national portant sur l'année précédente, relatives :

- 1° Aux caractéristiques des bénéficiaires de la prime d'activité et de leurs ayants droit au 31 décembre de l'année précédente ;

2° Aux caractéristiques des bénéficiaires entrés dans le dispositif de la prime d'activité et de leurs ayants droit au cours de l'année précédente et toujours présents au 31 décembre de ladite année ;

3° Aux dépenses afférentes à l'allocation de la prime d'activité ;

4° Au suivi de l'instruction administrative des demandes de la prime d'activité des bénéficiaires ;

5° A la mise en œuvre du service de l'allocation.

Article D848-3

Les informations mentionnées à l'article L. 846-3 sont transmises aux services statistiques des ministères chargés de l'action sociale et de l'emploi.

Article D848-4

Les services statistiques des ministères chargés de l'action sociale et de l'emploi ainsi que la Caisse nationale des allocations familiales, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et Pôle emploi assurent la publication régulière des résultats de l'exploitation des données recueillies en application de la présente sous-section.

Article D848-5

Les listes des informations statistiques à transmettre en application du présent chapitre sont fixées par des arrêtés conjoints des ministres chargés de l'action sociale et de l'emploi.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre Ier : Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé

Article D861-1

Le plafond annuel prévu à l'article L. 861-1 est fixé à 8 644,52 € pour une personne seule.

Ce plafond est majoré de 11,3 % pour les personnes résidant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1.

Article D861-2

Pour bénéficier du tiers payant prévu à l'article L. 861-3, le bénéficiaire des soins doit présenter au professionnel ou à l'établissement de santé sa carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31. En cas d'impossibilité de lecture de la carte ou d'absence de mise à jour de cette dernière, le bénéficiaire peut présenter l'attestation de droit délivrée par l'organisme lui servant les prestations de base de l'assurance maladie. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le contenu de cette attestation.

Le paiement au professionnel ou à l'établissement de santé des actes ou prestations effectués dans le cadre des dispositions mentionnées à l'article L. 861-3 est garanti, sous réserve des conditions générales de prise en charge des actes ou prestations considérés et à la condition que la carte d'assurance maladie du bénéficiaire des soins ne soit pas inscrite sur la liste d'opposition mentionnée à l'article R. 161-33-7 au jour de la délivrance de ces actes ou prestations ou, dans les cas prévus à l'alinéa précédent, sur présentation conjointe de l'attestation de droit en cours de validité et de la carte d'assurance maladie.

Article D861-3

Lorsque les organismes servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie et les prestations complémentaires sont différents, le tiers payant s'effectue selon les modalités définies aux articles D. 861-4 à D. 861-7.

Par exception, les professionnels et les établissements de santé peuvent signer des conventions avec les organismes d'assurance maladie obligatoire ou complémentaire définissant les modalités du tiers payant

autres que celles mentionnées à l'alinéa précédent. Lorsque les organismes servant les prestations d'un régime de base de l'assurance maladie ne sont pas signataires de ces conventions, ils sont informés de leur contenu par les parties signataires.

Article D861-4

Pour les actes et prestations dispensés par les professionnels de santé et pour ceux qui n'entrent pas dans le champ de la dotation annuelle de financement des établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1, la dispense d'avance de frais faisant intervenir un interlocuteur unique prévue à l'article L. 861-3 s'effectue selon la procédure suivante :

1° Le professionnel ou l'établissement de santé transmet à l'organisme servant les prestations de base de l'assurance maladie, dans les conditions fixées aux articles R. 161-47 et R. 161-48, les documents mentionnés à l'article R. 161-40 permettant la constatation des soins et conditionnant l'ouverture du droit au remboursement ;

2° L'organisme servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie liquide la part des dépenses prises en charge respectivement par le régime de base et par l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Il effectue le paiement au professionnel ou à l'établissement de santé de la totalité des sommes prises en charge. Il lui adresse un relevé des prestations commun à l'organisme servant les prestations du régime de base et à l'organisme d'assurance maladie complémentaire ;

3° Les échanges d'informations entre les organismes servant les prestations du régime de base de l'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire s'effectuent par voie électronique et sont conformes aux spécifications techniques définies par le cahier des charges de la norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs, établi par les caisses nationales d'assurance maladie après concertation avec les organismes d'assurance maladie complémentaire ;

Les sommes dues à l'organisme servant les prestations du régime de base par l'organisme d'assurance maladie complémentaire sont payées dans un délai de cinq jours à compter de la date de la facturation par l'assurance maladie obligatoire.

Le paiement par l'organisme d'assurance maladie complémentaire s'accompagne de l'envoi d'une pièce justificative électronique de paiement.

Le service rendu par l'organisme d'assurance maladie est facturé à l'organisme d'assurance maladie complémentaire dans des conditions fixées par arrêté.

Article D861-5

Pour les prestations autres que celles mentionnées à l'article D. 861-4 délivrées par les établissements de santé mentionnés au L. 174-1, la dispense d'avance de frais pratiquée sur la part prise en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire s'effectue selon l'une ou l'autre des deux modalités ci-dessous :

1° L'établissement de santé adresse une demande de paiement sur support électronique à sa caisse pivot qui la transmet sans délai à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie. Lorsque l'envoi dématérialisé est impossible, l'établissement adresse directement la demande de paiement sur support papier à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie. Cet organisme effectue le paiement du montant correspondant à l'établissement de santé pour le compte de l'organisme d'assurance maladie complémentaire et envoie à l'établissement de santé un relevé des prestations servies par l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Les relations entre l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime

de base et celui servant les prestations complémentaires sont définies conformément au 3° de l'article D. 861-4 ;

2° L'établissement adresse sa demande de paiement directement à l'organisme d'assurance maladie complémentaire. Celui-ci assure, sous sa responsabilité, la liquidation de la prestation, le paiement à l'établissement du montant correspondant et l'envoi d'un relevé des prestations prises en charge.

Article D861-6

Sauf en cas de rejet dûment motivé et porté à la connaissance des intéressés par les organismes servant les prestations d'un régime de base, les paiements aux professionnels ou aux établissements de santé mentionnés à l'article D. 861-4 et au 1° de l'article D. 861-5 sont effectués dans un délai de :

1° Sept jours à compter de la date de l'accusé de réception mentionné au sixième alinéa du I de l'article R. 161-47, en cas d'utilisation d'une feuille de soins électronique ;

2° Vingt et un jours à compter de la date d'envoi par le professionnel ou l'établissement de santé, en cas d'utilisation d'une feuille de soins sur support papier. Ce délai est prorogé de quinze jours lorsque la feuille de soins sur support papier a été adressée à un organisme d'assurance maladie différent de celui servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie.

Article D861-7

Un arrêté fixe le contenu des relevés de prestations adressés aux professionnels et aux établissements de santé ainsi que les modalités d'échange d'informations entre les organismes servant les prestations d'un régime de base de l'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire.

Article D861-8

Pour bénéficier du tiers payant prévu au neuvième alinéa de l'article L. 861-3, le bénéficiaire doit présenter au professionnel ou à l'établissement de santé sa carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31 et l'attestation de tiers payant délivrée par son organisme servant les prestations de base de l'assurance maladie.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre II : Dispositions financières relatives au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Section 1 : Dispositions générales

Article D862-1

Le forfait annuel défini au deuxième alinéa du a de l'article L. 862-2 est fixé, pour l'année 2013, à 400 euros. Son montant est revalorisé au 1er janvier de chaque année du niveau de l'hypothèse d'inflation retenue dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, arrondi à l'euro inférieur. Il est constaté annuellement par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

Section 2 : Dispositions relatives aux organismes d'assurance maladie complémentaire

Article D862-2

Pour le remboursement annuel, en application du a de l'article L. 862-2, aux organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4, il est procédé à quatre acomptes trimestriels et à une régularisation au cours de l'année suivante.

Le montant de chaque acompte trimestriel est égal au produit du nombre de personnes bénéficiant de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3, arrêté au dernier jour du deuxième mois du trimestre civil considéré, par le quart des neuf dixièmes du montant du forfait annuel défini à l'article D. 862-1.

A l'issue de l'année civile considérée, il est procédé à une régularisation à hauteur de la différence entre, d'une part, le produit de la moyenne du nombre des personnes ayant bénéficié de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre et du

montant du forfait annuel défini à l'article D. 862-1 pour l'année considérée et, d'autre part, la somme des quatre acomptes trimestriels déjà affectés.

Toutefois, cette régularisation ne peut conduire à ce que le montant total du remboursement excède le montant des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 effectivement prises en charge par l'organisme au cours de l'année civile considérée et constatées au 30 juin de l'année suivante. Lorsque la somme des acomptes déjà effectués excède ce dernier montant, il est procédé à une régularisation à due concurrence au profit du fonds.

La régularisation prend la forme d'un versement, selon le cas, du fonds ou de l'organisme, avant le 30 septembre de l'année suivante.

Article D862-3

Le remboursement annuel, en application du b de l'article L. 862-2, aux organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 s'effectue en quatre versements trimestriels.

Pour chaque trimestre, le montant du remboursement est égal au quart du montant du crédit d'impôt calculé en application de l'article L. 863-1 afférent aux contrats en vigueur au dernier jour du deuxième mois du trimestre civil concerné.

Article D862-4

Les acomptes trimestriels définis à l'article D. 862-2 et les versements trimestriels définis à l'article D. 862-3 sont effectués sous la forme d'imputations sur les versements trimestriels dus par ces organismes au titre de la taxe définie à l'article L. 862-4.

Toutefois, lorsque, pour un trimestre donné, la somme de l'acompte défini à l'article D. 862-2 et du versement défini à l'article D. 862-3 excède le montant de la taxe collectée en application des I et II de l'article L. 862-4, le fonds procède au versement de la différence au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre considéré.

Section 3 : Dispositions relatives aux organismes de sécurité sociale

Article D862-5

Pour le remboursement annuel, en application du a de l'article L. 862-2, aux organismes de sécurité sociale, il est procédé :

à quatre acomptes trimestriels lorsque l'organisme gère plus de cinquante mille personnes bénéficiant du dispositif ;

à un seul acompte lorsque l'organisme gère moins de cinquante mille personnes ;

à une régularisation au cours de l'année suivante.

Les acomptes trimestriels sont calculés selon les modalités fixées au deuxième alinéa de l'article D. 862-2. Ils sont versés les 15 février, 15 mai, 16 août et 15 novembre ou, lorsqu'une de ces dates n'est pas un jour ouvré, le premier jour ouvré suivant.

L'acompte unique est versé le 30 juin de l'année ou, lorsque cette date n'est pas un jour ouvré, le premier jour ouvré suivant.

Avant le 30 septembre de l'année suivante, il est procédé à une régularisation selon les modalités définies aux troisième à cinquième alinéas de l'article D. 862-2.

Article D862-6

Par dérogation au quatrième alinéa de l'article D. 862-5, la régularisation du remboursement annuel à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est déterminée dans les conditions suivantes.

Lorsque, pour une année civile donnée, le montant des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 effectivement prises en charge par cette caisse excède le produit du nombre de personnes ayant bénéficié de cette prise en charge et du montant du forfait annuel défini à l'article D. 862-1, le fonds mentionné à l'article L. 862-1 verse à la caisse un montant complémentaire égal à cette différence. Toutefois, ce versement ne peut avoir pour effet de rendre négatif le report à nouveau du fonds. Dans cette hypothèse, le versement est réduit à due concurrence.

Un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, pris après communication par la caisse du montant définitif de ces dépenses, constate chaque année le montant de cette régularisation.

Article D862-7

Les modalités de reversement par le fonds aux organismes de sécurité sociale ainsi que les pièces ou états justificatifs à produire sont précisés par des conventions signées entre le fonds et les organismes de sécurité sociale.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 8 : Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Protection complémentaire en matière de santé

Titre 6 : Protection complémentaire en matière de santé et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Chapitre III : Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Article D863-1

Dans le cadre de la mise en œuvre du tiers payant, l'organisme d'assurance maladie complémentaire transmet à l'assurance maladie obligatoire, dans un délai de quarante-huit heures, chaque nouvelle adhésion, souscription, renouvellement ou résiliation d'un contrat sélectionné par un bénéficiaire de la déduction prévue à l'article L. 863-2. A cette fin, il mentionne les dates de début et de fin du contrat ainsi que le type de contrat souscrit par le bénéficiaire tel que prévu au deuxième alinéa du II de l'article R. 863-11.

Article D863-2

Pour bénéficier du tiers payant prévu à l'article L. 863-7-1, le bénéficiaire des soins présente au professionnel sa carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31. En cas d'impossibilité de lecture de la carte ou d'absence de mise à jour de cette dernière, le bénéficiaire peut présenter l'attestation de tiers payant intégral délivrée par l'organisme lui servant les prestations de base de l'assurance maladie.

Le paiement au professionnel des actes ou prestations effectués dans le cadre des dispositions mentionnées à l'article L. 863-7-1 est garanti, sous réserve des conditions générales de prise en charge des actes ou prestations considérés et à la condition que la carte d'assurance maladie du bénéficiaire des soins ne soit pas inscrite sur la liste d'opposition mentionnée à l'article R. 161-33-7 au jour de la délivrance de ces actes ou prestations ou, dans les cas prévus à l'alinéa précédent, sur présentation conjointe de l'attestation de tiers payant en cours de validité et de la carte d'assurance maladie.

Lorsque le professionnel de santé souhaite bénéficier d'un interlocuteur unique, il met en œuvre le tiers payant selon les modalités définies aux articles D. 861-4, D. 861-6 et D. 861-7.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 1 : Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire des salariés

Chapitre Ier : Détermination des garanties complémentaires des salariés

Article D911-1

Les garanties mentionnées au II de l'article L. 911-7 comprennent :

1° Sous réserve des dispositions des 3° et 4° du présent article, la prise en charge de l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R. 160-5 à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de ce dernier article et à l'exclusion de la majoration de la participation prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 et des participations forfaitaires et des franchises mentionnées aux II et III de l'article L. 160-13 ;

2° La prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° La prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale ;

4° Un forfait de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Ce forfait est fixé au minimum à :

- a) 100 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) 150 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
- c) 200 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

S'agissant des lunettes, le forfait mentionné au 4° du présent article couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Article D911-2

Sans préjudice des dispositions du deuxième alinéa du III de l'article L. 911-7, peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion à la couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident mise en place dans leur entreprise :

1° Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

2° Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

3° Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :

a) Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 ;

b) Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;

c) Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;

d) Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;

e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Article D911-3

Lorsque les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 prévoient, au profit des ayants droit du salarié, la couverture à titre obligatoire des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f du 2° de l'article R. 242-1-6.

Article D911-4

L'acte mentionné à l'article L. 911-1 instituant une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident peut prévoir la faculté pour les salariés relevant de certaines catégories d'être dispensés de l'adhésion au dispositif,

sous réserve que ces catégories correspondent à tout ou partie de celles définies à l'article R. 242-1-6, sous les conditions définies à ce même article.

Article D911-5

Les demandes de dispense mentionnées au III de l'article L. 911-7 doivent être formulées au moment de l'embauche ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux 1° et 3° de l'article D. 911-2.

Article D911-6

La durée de la couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident mentionnée au deuxième alinéa du III de l'article L. 911-7 est fixée à trois mois.

Article D911-7

Les salariés mentionnés au III de l'article L. 911-7-1 sont ceux dont la durée du contrat de travail ou du contrat de mission est inférieure ou égale à trois mois ou ceux dont la durée effective du travail prévue par ce contrat est inférieure ou égale à 15 heures par semaine.

Article D911-8

I.-Le montant du versement mentionné à l'article L. 911-7-1 est calculé mensuellement sur la base du montant de référence défini au II du présent article auquel est appliqué le coefficient défini au III du présent article.

II.-Le montant de référence mentionné au I du présent article correspond à la contribution mensuelle de l'employeur au financement de la couverture mentionnée au III de l'article L. 911-7 pour la catégorie à laquelle appartient le salarié et pour la période concernée. Elle tient compte, le cas échéant, de la rémunération du salarié.

Lorsque tout ou partie de la contribution est forfaitaire et indépendante de la durée effective de travail, il lui est appliqué un coefficient égal au rapport, dans la limite de 1, entre la durée effective de travail telle qu'elle résulte sur le mois considéré des dispositions prévues par le contrat de travail du salarié et la durée mensualisée correspondant à la durée légale du travail. Ce coefficient n'est pas applicable, le cas échéant, à la composante de la contribution proportionnelle à la rémunération.

Le calcul du versement s'effectue, pour les salariés mis à disposition dans le cadre de l'article L. 5132-9 du code du travail, sur le fondement du nombre d'heures faisant l'objet de cette mise à disposition.

En l'absence de montant applicable au financement de la couverture collective et obligatoire, le montant de référence est fixé à 15 euros ou, pour les personnes relevant à titre obligatoire du régime mentionné à l'article L. 325-1, à 5 euros. Il est appliqué à l'un ou l'autre de ces deux montants un coefficient égal au rapport, dans la limite de 1, entre la durée effective de travail telle qu'elle résulte sur le mois considéré des dispositions prévues par le contrat de travail du salarié et la durée mensualisée correspondant à la durée légale du travail. Ces montants sont revalorisés chaque année, au 1er janvier, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, suivant l'objectif national des dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année antérieure, et arrondis à la deuxième décimale la plus proche.

L'application du présent II ne peut conduire à retenir un montant de référence inférieur à celui calculé à l'alinéa précédent.

III.-Le coefficient mentionné au I du présent article est égal à 105 % pour les salariés bénéficiant d'un contrat à durée indéterminée et à 125 % pour les salariés bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 1 : Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire des salariés

Chapitre II : Clauses obligatoires

Section 1 : Procédure de mise en concurrence préalable

Article D912-1

Lorsque les accords professionnels ou interprofessionnels définis à l'article L. 911-1 recommandent un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 pour la couverture des risques définis à l'article L. 911-2, il est procédé à une mise en concurrence préalable des organismes candidats. Cette procédure s'applique également à chaque réexamen de la clause de recommandation.

La commission paritaire prévue au premier alinéa de l'article L. 2261-19 du code du travail est chargée de la procédure de mise en concurrence. A ce titre, elle veille au respect des principes de transparence de la procédure, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les organismes candidats, ainsi que, à chaque réexamen de la clause de recommandation, entre le ou les organismes déjà recommandés et les autres organismes candidats.

A l'exception du choix final du ou des candidats retenus, qui relève de sa seule compétence, la commission paritaire peut déléguer à une commission paritaire spéciale, composée d'au moins quatre membres désignés en son sein, la mise en œuvre de la procédure. Dans ce cas, la commission paritaire spéciale rend compte de l'ensemble de ses travaux à la commission paritaire.

La commission paritaire et, le cas échéant, la commission paritaire spéciale peuvent se faire assister par un ou plusieurs experts désignés à raison de leur expérience professionnelle.

Les membres de la commission paritaire et, le cas échéant, les membres de la commission paritaire spéciale ainsi que les experts mentionnés à l'alinéa précédent sont soumis à une obligation de confidentialité.

Article D912-2

Toutes les réunions organisées pour la procédure de mise en concurrence font l'objet d'un compte rendu soumis à l'approbation des membres de la commission paritaire ou, le cas échéant, de la commission paritaire spéciale.

Article D912-3

Un avis d'appel à la concurrence est inséré dans une publication à diffusion nationale habilitée à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée dans le secteur des assurances.

Article D912-4

L'avis d'appel à la concurrence comporte les éléments suivants :

1° Les conditions de recevabilité des candidatures, notamment leur délai de dépôt, qui ne peut être inférieur à cinquante-deux jours à compter de la date de publication de l'avis, ainsi que leurs modalités d'envoi ;

2° Les conditions d'éligibilité des candidatures, notamment en ce qui concerne les agréments nécessaires pour pratiquer les opérations d'assurance définies par l'accord. Ces conditions peuvent également porter sur la solvabilité et l'expérience préalable des candidats en matière de protection sociale complémentaire collective ;

3° Les critères d'évaluation des offres, ainsi que leur pondération ou leur hiérarchisation ;

4° Le nombre maximum d'organismes susceptibles d'être recommandés.

L'avis peut prévoir la communication de l'ensemble des éléments nécessaires à la vérification des conditions d'éligibilité et à l'évaluation des offres.

Article D912-5

A sa demande, chacun des candidats peut se faire communiquer le cahier des charges, ainsi qu'un document retraçant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population des assurés à couvrir.

Le cahier des charges comporte les éléments suivants :

1° Les garanties souhaitées et, le cas échéant, les services attendus ;

2° La durée maximale de la clause de recommandation ;

3° L'assiette et la structure des cotisations ;

4° Les conditions de révision des cotisations ;

5° Les objectifs de sécurité et de qualité recherchés ;

6° Les modalités d'organisation et de financement des éléments de solidarité ;

7° Les obligations qui incombent à l'organisme ou aux organismes recommandés, notamment en ce qui concerne l'information en direction des entreprises et des salariés relevant de la branche, ainsi que les modalités de suivi du régime pendant la durée de la clause de recommandation et préalablement à son réexamen.

Article D912-6

La sélection des candidats s'effectue selon les phases successives définies ci-après :

1° Seuls sont ouverts les plis des candidats reçus au plus tard à la date et à l'heure limites fixées dans l'avis d'appel à la concurrence. Tout dossier reçu hors délai ou incomplet est irrecevable ;

2° Les candidatures recevables en application du 1° du présent article sont examinées au regard des conditions d'éligibilité définies dans l'avis d'appel à la concurrence ;

3° Les candidatures éligibles en application du 2° du présent article sont analysées au regard du cahier des charges et classées en fonction des critères d'évaluation. Le ou les candidats évalués le plus favorablement sont retenus.

Article D912-7

Les organismes dont la candidature a été écartée au terme de l'une des trois phases définies à l'article D. 912-6 sont informés par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de vingt et un jours à compter de la décision de la commission paritaire ou, le cas échéant, de la commission paritaire spéciale. Ce courrier mentionne les motifs du rejet de leur candidature.

Les candidats non retenus peuvent demander, par lettre recommandée avec accusé de réception, des compléments d'information sur les motifs du rejet de leur candidature. La commission paritaire ou la commission paritaire spéciale répond à ces demandes dans un délai de deux mois à compter de leur réception.

Article D912-8

La composition de la commission paritaire et, le cas échéant, de la commission paritaire spéciale peut être communiquée à tous les candidats qui en font la demande.

Article D912-9

Lorsque la liste des candidatures éligibles en application du 2° de l'article D. 912-6 a été arrêtée, chacun des membres de la commission paritaire et, le cas échéant, de la commission paritaire spéciale est tenu de déclarer, dans un délai de huit jours, l'existence éventuelle d'une situation de conflit d'intérêts. Cette déclaration s'impose également, pour toute situation de conflit d'intérêts postérieure à l'établissement de la liste, dans un délai de huit jours à compter de la date à laquelle cette situation est née.

Est considéré comme une situation de conflit d'intérêts le cas où l'un des membres de la commission paritaire ou, le cas échéant, de la commission paritaire spéciale exerce une activité salariée ou bien exerce ou a exercé, au cours des cinq dernières années, des fonctions délibérantes ou dirigeantes, au sein des organismes candidats ou du groupe auquel appartiennent ces organismes.

Article D912-10

Les membres de la commission paritaire ou, le cas échéant, de la commission paritaire spéciale qui déclarent une situation de conflit d'intérêts ne peuvent prendre part à aucune réunion ni délibération en lien avec la phase de sélection des offres définie au 3° de l'article D. 912-6. Le ou les membres concernés peuvent toutefois être remplacés à l'initiative de l'organisation syndicale de salariés ou de l'organisation professionnelle d'employeurs dont ils relèvent.

Article D912-11

Le ou les experts mentionnés au quatrième alinéa de l'article D. 912-1 sont tenus de déclarer, préalablement à leur désignation, toute situation de conflit d'intérêts dans laquelle ils pourraient être placés, soit vis-à-vis des personnes physiques membres de ces commissions, soit, selon les modalités prévues au deuxième alinéa de l'article D. 912-9, vis-à-vis de l'un ou l'autre des organismes candidats.

Article D912-12

Les organismes candidats sont tenus de joindre au dossier de candidature la liste des relations commerciales et des conventions financières, conclues ou poursuivies au cours de l'année civile précédant la publication de l'avis d'appel à la concurrence, avec les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs de la branche professionnelle concernée.

Article D912-13

Lorsque les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs demandent l'extension d'une convention ou d'un accord collectif comportant une clause de recommandation en application de l'article L. 911-3, ils joignent à leur demande les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé du travail.

Section 2 : Contenu du rapport annuel

Article D912-14

Le rapport annuel mentionné à l'article L. 912-1 retrace, dans un document spécifique à chaque régime instauré en application de l'article L. 912-1, les informations relatives :

- 1° A la mise en œuvre du régime, dans les conditions mentionnées au I de l'article D. 912-15 ;
- 2° Au contenu des éléments de solidarité, dans les conditions mentionnées au II de l'article D. 912-15 ;
- 3° A l'équilibre du régime, dans les conditions mentionnées au III de l'article D. 912-15.

Le rapport est adressé au ministre chargé de la sécurité sociale deux mois, au plus, après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Le rapport mentionne le numéro d'identifiant de la convention collective à laquelle se rattache le régime, ainsi que les références de l'acte juridique recommandant un ou plusieurs organismes. Le rapport peut être communiqué sur demande à la commission paritaire de la branche prévue au premier alinéa de l'article L. 2261-19 du code du travail. Les personnes à qui est transmis ce rapport sont soumises à une obligation de confidentialité concernant les informations et données communiquées dans le rapport.

Tout élément pouvant permettre d'apprécier les informations mentionnées aux 1°, 2° et 3° peut être joint au rapport.

Lorsque plusieurs organismes sont recommandés dans le cadre d'une offre commune, le rapport annuel mentionné au premier alinéa doit être élaboré et remis conjointement.

Article D912-15

I.-Le rapport analyse les caractéristiques des entreprises ayant rejoint l'organisme recommandé ou les organismes recommandés, notamment au regard du nombre de salariés, de l'âge des assurés, de la part d'hommes et de femmes parmi les assurés, ainsi que de leur classification et de l'implantation géographique des établissements. Le rapport indique les moyens mis en œuvre afin d'augmenter le cas échéant le taux de recours à l'organisme recommandé ou aux organismes recommandés.

Les données chiffrées établies conformément au modèle des états E1-0 et E-1-1 annexés au présent article, ainsi que, le cas échéant, le tableau des garanties en matière de remboursement des frais de santé et de prévoyance sont également joints au rapport.

II.-Le rapport recense les prestations à caractère non directement contributif mentionnées à l'article L. 912-1 mises en œuvre. Il précise la part de prime ou de cotisation affectée à leur financement ainsi que leur coût effectif.

Lorsque l'accord a mis en œuvre les dispositions mentionnées au 1° de l'article R. 912-2, le rapport précise les modalités de prise en charge de la prime ou de la cotisation et les catégories de bénéficiaires. Les données chiffrées conformément au modèle de l'état E2-1 annexé au présent article sont également jointes au rapport annuel.

Lorsque l'accord a mis en œuvre les dispositions du 2° de l'article R. 912-2, le rapport décrit les actions de prévention, leurs modalités de mise en œuvre, ainsi que les publics ciblés. Les données chiffrées conformément au modèle de l'état statistique E2-2 annexé au présent article sont également jointes au rapport annuel.

Lorsque l'accord a mis en œuvre les dispositions du 3° de l'article R. 912-2, le rapport détaille les types d'aides octroyées ainsi que leurs conditions d'attribution. Les données chiffrées conformément au modèle de l'état E2-3 annexé au présent article sont jointes au rapport annuel.

Lorsque la convention ou l'accord collectif prévoit le financement d'autres prestations à caractère non directement contributif participant du degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1, le rapport décrit ces prestations, leurs objectifs, ainsi que les personnes qui en ont bénéficié. Les données chiffrées conformément au modèle de l'état E2-4 annexé au présent article sont également jointes au rapport annuel.

III.-Le rapport présente les éléments relatifs à l'équilibre technique du régime, le ratio des cotisations au regard des prestations et la part des cotisations affectée aux frais de gestion ainsi qu'aux frais d'acquisition.

Le rapport compare l'équilibre du régime par rapport à l'exercice précédent.

Les données chiffrées établies conformément au modèle de l'état E3 annexé au présent article sont également jointes au rapport annuel, ainsi que les comptes comptables et le cas échéant les comptes de survenance du régime.

IV.-Lorsque des données ne peuvent être communiquées, les motifs précis de cette non-communication doivent être explicités.

Partie réglementaire - Décrets simples

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et aux institutions à caractère paritaire

Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions

Chapitre 1 : Institutions de prévoyance.

Section 11 : Comptes et états statistiques

Article D931-37

I.-Les données relatives à la protection sociale complémentaire, mentionnées au cinquième alinéa de l'article L. 612-24 du code monétaire et financier, sont regroupées dans les états suivants :

E 1 Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties ;

E 2 Primes et prestations par type de garanties ;

E 3 Frais de soins et indemnités journalières payés au cours de l'exercice ;

E 4 Résultat technique en frais de soins ;

E 5 Compléments frais de gestion des garanties " frais de soins ", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé.

Ces états sont établis annuellement. Leur contenu est fixé en annexe du présent article.

II.-Les modalités de transmission des états mentionnés au I à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution sont définies par cette Autorité.

III.-Les données collectées ne peuvent être communiquées que dans les conditions fixées par l'article 7 bis de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.

Partie réglementaire - Arrêtés

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et institutions à caractère paritaire

Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions

Chapitre 1 : Institutions de prévoyance

Section 1 : Dispositions générales

Sous-section 1 : Dispositions préliminaires

Article A931-1-1

Le règlement, le contrat ou la convention qu'une institution de prévoyance propose, dans le cadre des opérations mentionnées au second alinéa de l'article R. 931-1-1, à ses membres adhérents au profit de leurs salariés ou à ses membres participants détermine les droits et obligations de ceux-ci. Ces mêmes documents précisent les modalités selon lesquelles les membres participants de l'institution peuvent bénéficier des participations aux excédents ou aux bénéfices que l'institution, la mutuelle ou la société d'assurance pour le compte de laquelle l'institution agit attribue à celle-ci dans les conditions fixées par les lois et règlements applicables.

Article A931-1-2

Pour la mise en oeuvre des opérations mentionnées au second alinéa de l'article R. 931-1-1, les institutions de prévoyance mentionnent en caractères très apparents dans les différents documents contractuels, d'information ou publicitaires relatifs à ces opérations la nature juridique, la dénomination sociale et l'adresse de l'institution, de la mutuelle ou de la société d'assurance qui délivre la garantie.

Article A931-1-3

Les dispositions des articles A 931-1-1 et A 931-1-2 ne s'appliquent aux unions d'institutions de prévoyance que pour les opérations que celles-ci réalisent dans le cadre des dispositions du second alinéa de l'article R. 931-1-1.

Sous-section 2 : Constitution

Article A931-1-4

Le nombre des membres participants des institutions qui se constituent dans le cadre du a de l'article R. 931-1-3 ne peut être inférieur à 5 000.

Le nombre des membres participants des institutions qui se constituent dans le cadre du b de l'article précité ne peut être inférieur à 2 000. Lorsque le nombre des membres participants est, pendant trois exercices consécutifs, inférieur à ce seuil, les opérations de l'institution sont transférées dans un délai de six mois à une institution de prévoyance conformément aux dispositions de l'article L. 931-16.

Le nombre des membres participants des institutions qui se constituent dans le cadre du c de l'article précité ne peut être inférieur à 5 000 et celui des membres adhérents à cinq entreprises. Les sociétés contrôlées dans les conditions définies au chapitre III du titre III du livre II du code de commerce ne sont pas considérées comme des entreprises au sens du présent alinéa.

Article A931-1-5

Les unions d'institutions de prévoyance mentionnées à l'article L. 931-2 ne sont valablement constituées que si elles regroupent un nombre d'institutions de prévoyance membres au moins égal à quatre et un nombre total de participants au moins égal à 50 000. Lorsque le nombre des membres participants est, pendant trois exercices consécutifs, inférieur à ce seuil ou lorsque le nombre des institutions membres tombe en dessous de quatre, les opérations de l'union sont transférées dans un délai de six mois soit aux institutions qui en sont membres, soit à une institution de prévoyance, une union d'institutions ou une société d'assurance conformément aux dispositions de l'article L. 931-16.

Article A931-1-6

Les projets de statuts des institutions de prévoyance et de leurs unions mentionnés à l'article R. 931-1-5 doivent notamment indiquer :

a) L'objet, le siège, la dénomination de l'institution ou de l'union et préciser la ou les branches ou sous-branches d'activité pour lesquelles elle est agréée et, le cas échéant, la ou les professions ou le secteur géographique où elle réalise ses opérations ;

b) Le montant du fonds d'établissement constitué dans les conditions fixées aux articles R. 931-1-6 et R. 931-1-7.

Article A931-1-7

Les statuts peuvent prévoir que le fonds d'établissement peut être constitué et alimenté, en totalité ou en partie, par le versement d'un droit d'adhésion ou d'un droit annuel de participation à son alimentation par chacun des membres adhérents ou participants ou par certaines catégories d'entre eux. Dans ce cas, les statuts déterminent les montants maximums et les modes de calcul du droit d'adhésion et du droit de participation.

Les institutions de prévoyance qui constituent ou adhèrent à une union d'institutions de prévoyance peuvent être tenues, selon les modalités fixées par les statuts de l'union, de contribuer à la constitution de son fonds d'établissement et, le cas échéant, à l'alimentation de son fonds de développement.

Sous-section 3 : Unions d'institutions de prévoyance

Article A931-1-8

Les statuts de l'union déterminent les conditions dans lesquelles celle-ci contrôle l'application et le respect, par chaque institution membre, de la ou des conventions qu'elle a conclues avec l'union et, plus généralement, de ses obligations vis-à-vis de l'union.

Sous-section 4 : Les sociétés de groupe assurantiel de protection sociale

Article A931-1-9

Les statuts des sociétés de groupe assurantiel de protection sociale comportent notamment les mentions suivantes :

- a) L'objet, le siège, la dénomination de la société de groupe assurantiel de protection sociale ;
- b) Le montant du fonds d'établissement mentionné à l'article R. 931-1-16, dont les modalités d'alimentation peuvent être déterminées statutairement.

Article A931-1-10

Les articles A. 931-3-3, A. 931-3-4, A. 931-3-6, A. 931-3-7, A. 931-3-8 et A. 931-3-9 s'appliquent aux sociétés de groupe assurantiel de protection sociale.

Pour l'application de ces dispositions, il faut entendre : "société de groupe assurantiel de protection sociale" là où est mentionnée : "l'institution de prévoyance" ou "l'union d'institutions de prévoyance" et pour l'application du A. 931-3-9, il faut entendre : "l'assemblée générale mentionnée au b de l'article R. 931-1-16" là où est mentionné : "l'assemblée générale ordinaire telle que définie à l'article A. 931-3-10".

Article A931-1-11

Le procès-verbal de la séance du conseil d'administration de la société de groupe assurantiel de protection sociale indique le nom des administrateurs présents, représentés, excusés ou absents. Il fait état de la présence ou de l'absence des personnes convoquées à la réunion du conseil d'administration en vertu d'une disposition légale ou réglementaire et de la présence de toute autre personne ayant assisté à tout ou partie de la réunion. Il fait également état de la survenance éventuelle d'un incident technique relatif à un moyen de visioconférence ou de télécommunication lorsqu'il a perturbé le déroulement de la séance.

Le procès-verbal est revêtu de la signature du président. En cas d'empêchement du président de séance, il est signé par deux administrateurs au moins, dont le vice-président si le conseil d'administration en a élu un.

Section 2 : Agrément administratif

Section 3 : Fonctionnement

Sous-section 2 : Gouvernance

Paragraphe 1 : Composition du conseil d'administration

Article A931-3-1

Les fonctions d'administrateur prennent fin, selon le cas, à l'issue de la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée générale ordinaires, telles que définies à l'article A. 931-3-10, ayant statué sur les comptes de l'exercice écoulé et tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat dudit administrateur.

Paragraphe 2 : Attributions et fonctionnement du conseil d'administration

Article A931-3-2

Les statuts de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance déterminent les règles relatives à la convocation et aux délibérations du conseil d'administration.

Ils prévoient également que, lorsque le conseil d'administration ne s'est pas réuni depuis plus de quatre mois, des administrateurs constituant le tiers du conseil d'administration peuvent convoquer le conseil, en indiquant l'ordre du jour de la séance.

Article A931-3-3

Il est tenu un registre de présence qui est signé par les administrateurs participant à la séance du conseil d'administration.

Article A931-3-4

Les délibérations du conseil d'administration sont constatées par des procès-verbaux établis sur un registre spécial tenu au siège social et coté et paraphé soit par un juge du tribunal de grande instance, soit par un juge du tribunal d'instance, soit par le maire de la commune du siège social ou un adjoint au maire, dans la forme ordinaire et sans frais.

Toutefois, les procès-verbaux peuvent être également établis sur des feuilles mobiles numérotées sans discontinuité, paraphées dans les conditions prévues à l'alinéa précédent et revêtues du sceau de l'autorité qui les a paraphées. Dès qu'une feuille a été remplie, même partiellement, elle doit être jointe à celles précédemment utilisées. Toute addition, suppression ou interversion de feuilles est interdite.

Article A931-3-5

Le procès-verbal de la séance indique le nom des administrateurs présents, représentés, excusés ou absents. Il fait état de la présence ou de l'absence des personnes convoquées à la réunion du conseil d'administration en vertu d'une disposition légale ou réglementaire et de la présence de toute autre personne ayant assisté à tout ou partie de la réunion.

Le procès-verbal est revêtu de la signature du président et du vice-président du conseil d'administration. En cas d'empêchement du président, le vice-président présidant le conseil d'administration, le procès-verbal est revêtu de la signature de ce dernier et de celle d'un administrateur appartenant à l'autre collège.

Article A931-3-6

Les copies ou extraits de procès-verbaux des délibérations sont valablement certifiés par le président du conseil d'administration ou le vice-président ou, en cas d'empêchement, par tout administrateur.

Au cours de la liquidation de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance, ces copies ou extraits sont valablement certifiés par un seul liquidateur.

Article A931-3-7

Il est suffisamment justifié du nombre des administrateurs en exercice ainsi que de leur présence ou de leur représentation à une séance du conseil d'administration, par la production d'une copie ou d'un extrait du procès-verbal.

Paragraphe 4 : Conventions réglementées

Article A931-3-8

Lorsque l'exécution de conventions conclues et autorisées en application de l'article R. 931-3-24 au cours d'exercices antérieurs a été poursuivie au cours du dernier exercice, les commissaires aux comptes sont informés de cette situation dans le délai d'un mois à compter de la clôture de l'exercice.

Article A931-3-9

Le rapport spécial des commissaires aux comptes prévu au troisième alinéa de l'article R. 931-3-27 contient :

-l'énumération des conventions soumises à l'approbation, selon les cas, de la commission paritaire ou de l'assemblée générale ordinaires telles que définies à l'article A. 931-3-10 ;

-le nom des dirigeants intéressés ;

-la nature et l'objet desdites conventions ;

-les modalités essentielles de ces conventions afin de permettre aux membres de la commission paritaire ou de l'assemblée générale ordinaires d'apprécier l'intérêt qui s'attachait à la conclusion des conventions analysées ;

-l'importance des fournitures livrées ou des prestations de service fournies ainsi que le montant des sommes versées ou reçues au cours de l'exercice, en exécution des conventions visées à l'article A. 931-3-8.

Paragraphe 5 : Dispositions générales et attributions de la commission paritaire, de l'employeur et de l'assemblée générale

Article A931-3-10

Sont qualifiées, au sens du présent chapitre, de commission paritaire ou d'assemblée générale ordinaires, la commission paritaire ou l'assemblée générale qui se réunissent pour exercer les attributions définies à

l'article R. 931-3-31 et se prononcent conformément aux dispositions du dernier alinéa du même article pour la commission paritaire et du deuxième alinéa de l'article R. 931-3-41 pour l'assemblée générale.

Sont qualifiées, au sens du présent chapitre, de commission paritaire ou d'assemblée générale extraordinaires, la commission paritaire ou l'assemblée générale qui se réunissent pour exercer les attributions définies à l'article R. 931-3-30 et se prononcent conformément aux dispositions du second alinéa du même article pour la commission paritaire et du premier alinéa de l'article R. 931-3-41 pour l'assemblée générale.

Article A931-3-11

Le rapport de gestion du conseil d'administration, mentionné au quatrième alinéa de l'article R. 931-3-31, doit exposer de manière claire et précise la situation de l'institution ou de l'union et son activité au cours de l'exercice écoulé, les résultats de cette activité, les conditions dans lesquelles l'institution ou l'union garantit les engagements qu'elle prend vis-à-vis des membres participants, bénéficiaires et ayants droit, les progrès réalisés, les difficultés rencontrées et l'évolution prévisible de l'institution ou de l'union et ses perspectives d'avenir.

Au rapport visé à l'alinéa précédent est joint un tableau faisant apparaître les résultats de l'institution ou de l'union au cours de chacun des cinq derniers exercices, ou de chacun des exercices clos depuis la constitution de l'institution, ou de l'union ou l'absorption par celle-ci d'une autre institution ou union, s'ils sont inférieurs à cinq.

Article A931-3-12

Les statuts des institutions de prévoyance relevant du a ou du b de l'article R. 931-1-3 prévoient les modalités de désignation du secrétaire qui assure la convocation des membres de la commission paritaire et la rédaction du procès-verbal de ses réunions.

Ils prévoient également que le procès-verbal des délibérations de la commission paritaire indique la date et le lieu de la réunion et comporte la liste des membres présents ainsi que les documents et rapports présentés, le compte rendu ou un résumé des débats, le texte des résolutions mises aux voix et le résultat des votes. Le procès-verbal de la commission paritaire est signé par au moins un membre d'une organisation syndicale d'employeurs et un membre d'une organisation syndicale de salariés. Les dispositions du dernier alinéa de l'article A. 931-3-29 et de l'article A. 931-3-31 sont également applicables.

Article A931-3-13

Pour la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée générale ordinaires, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance adresse à chacun des membres de celles-ci ou met à leur disposition, dans les conditions prévues aux articles A. 931-3-15 et A. 931-3-16, les renseignements suivants contenus dans un ou plusieurs documents :

1° L'ordre du jour ;

2° Le texte et l'exposé des motifs des projets de délibérations ou de résolutions présentés ;

3° Le rapport de gestion du conseil d'administration dont le contenu est fixé à l'article A. 931-3-11 ;

4° Lorsque l'ordre du jour comporte l'approbation des comptes annuels : les comptes annuels, un tableau des affectations de résultat ainsi que le tableau mentionné au second alinéa de l'article A. 931-3-11 ;

5° Les rapports des commissaires aux comptes : rapport annuel et, le cas échéant, rapports spéciaux prévus aux articles R. 931-3-27 et R. 931-3-59 ;

6° Les nom, prénom usuel des administrateurs, du directeur général et/ou des directeurs généraux délégués de l'institution ou de l'union ainsi que, le cas échéant, l'indication des personnes morales dans lesquelles ces personnes exercent des fonctions de gestion, de direction, d'administration ou de surveillance et qui soit appartiennent au même groupement que l'institution ou l'union, soit ont passé convention avec l'institution ou l'union ;

7° Lorsque l'ordre du jour comporte la désignation ou l'élection d'administrateurs ou le renouvellement de leur mandat, les nom, prénom usuel et âge des candidats ainsi que leurs fonctions professionnelles au cours des cinq dernières années au sein d'institutions régies par le livre IX du code de la sécurité sociale, de mutuelles régies par le code de la mutualité et d'entreprises d'assurances régies par le code des assurances ou dans le cadre d'activités régies par le livre V de ce dernier code ;

8° Pour la réunion de l'assemblée générale, une formule de procuration à un autre membre du même collège et une formule de vote par correspondance ;

9° Une formule de demande d'envoi des documents visés au présent article.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, lorsque l'assemblée générale est constituée de l'ensemble des membres adhérents et des membres participants, l'institution de prévoyance peut mettre les renseignements et documents à leur disposition dans les conditions prévues aux articles A. 931-3-15 et A. 931-3-16. Elle adresse individuellement aux membres adhérents et participants la liste de ces documents ainsi qu'une formule de demande d'envoi des documents mentionnés au présent article.

Article A931-3-14

Pour la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée générale extraordinaires et lorsque l'employeur consulte les intéressés, l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance adresse à chacun des membres de la commission paritaire, de l'assemblée générale ou des intéressés ou met à leur disposition, dans les conditions prévues aux articles A. 931-3-15 et A. 931-3-16, les renseignements mentionnés aux 1°, 2°, 6°, 8° et 9° de l'article A. 931-3-13, le ou les rapports spéciaux des commissaires aux comptes mentionnés au 5° de l'article A. 931-3-13 ainsi que le rapport du conseil d'administration relatif à ces

réunions ou à cette consultation, l'exposé sommaire de la situation de l'institution ou de l'union au cours de l'exercice écoulé et le tableau mentionné au second alinéa de l'article A. 931-3-11.

Article A931-3-15

A compter, selon les cas, de la convocation de la commission paritaire ou de l'assemblée générale et jusqu'au cinquième jour inclusivement avant la réunion, tout membre de celles-ci peut demander à l'institution ou à l'union de lui envoyer à l'adresse qu'il indique les documents et renseignements mentionnés soit à l'article A. 931-3-13 soit à l'article A. 931-3-14. L'institution ou l'union est tenue de procéder à cet envoi avant la réunion et à ses frais. Les dispositions du présent article relatives aux documents et renseignements mentionnés à l'article A. 931-3-14 s'appliquent dans les mêmes conditions aux intéressés à compter de la date à laquelle l'employeur les informe de son intention de les consulter.

Article A931-3-16

A compter, selon les cas, de la convocation de la commission paritaire ou de l'assemblée générale ordinaires ou extraordinaires ou de l'information adressée par l'employeur aux intéressés de son intention de les consulter et au moins pendant le délai de quinze jours qui précède la date de la réunion ou de la consultation, tout membre de la commission paritaire ou de l'assemblée générale ou tout intéressé a le droit de prendre, au siège social ou au lieu de la direction administrative, connaissance des documents et renseignements mentionnés soit à l'article A. 931-3-13, soit à l'article A. 931-3-14 ainsi que, dans tous les cas, des documents suivants :

1° L'inventaire, les comptes annuels ainsi que les rapports du conseil d'administration et des commissaires aux comptes qui seront soumis à la commission paritaire, à l'assemblée générale ou aux intéressés ;

2° La liste des membres de la commission paritaire, de l'assemblée générale ou des intéressés arrêtée le seizième jour qui précède la réunion ou la consultation ;

3° Le montant global, certifié exact par les commissaires aux comptes, des rémunérations versées aux personnes les mieux rémunérées, le nombre de ces personnes étant de dix ou de cinq selon que l'effectif du personnel excède ou non deux cents salariés ;

4° Le montant global, certifié par les commissaires aux comptes, des sommes ouvrant droit aux déductions fiscales visées à l'article 238 bis AA du code général des impôts ainsi que la liste des actions nominatives de parrainage et de mécénat.

Il ne peut être pris connaissance, aux mêmes lieux, du rapport du commissaire aux comptes que pendant le délai de quinze jours mentionné au précédent alinéa.

Sauf en ce qui concerne l'inventaire, le droit de prendre connaissance emporte celui de prendre copie.

Article A931-3-17

Tout membre adhérent ou participant d'une institution de prévoyance ou d'une union d'institutions de prévoyance a le droit d'obtenir, à toute époque, communication des renseignements et documents énumérés aux articles A. 931-3-13, A. 931-3-14, A. 931-3-16 et A. 931-4-5 concernant les trois derniers exercices, ainsi que des procès-verbaux et feuilles de présence des commissions paritaires, des assemblées générales et de la consultation des intéressés par l'employeur tenues ou organisées au cours de ces trois derniers exercices.

Paragraphe 6 : Composition et fonctionnement des assemblées générales

Article A931-3-18

Sous réserve des dispositions des articles A. 931-3-19 à A. 931-3-22, les statuts de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance fixent les règles de convocation de l'assemblée générale.

Article A931-3-19

La convocation des membres de l'assemblée générale se fait par simple lettre adressée à chacun de ses membres. En ce qui concerne les membres participants salariés affiliés à l'institution ou à l'union sur la base d'une opération collective telle que définie aux articles L. 932-1 et L. 932-14, les statuts peuvent prévoir que les lettres de convocation sont remises aux intéressés, au nom de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance, par leur employeur.

Article A931-3-20

La lettre de convocation de l'assemblée générale indique la dénomination sociale de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance, éventuellement suivie de son sigle, l'adresse du siège social, les jour, heure et lieu de sa tenue ainsi que sa nature ordinaire ou extraordinaire et son ordre du jour.

Sous réserve des questions diverses qui ne doivent présenter qu'une minime importance, les questions inscrites à l'ordre du jour sont libellées de telle sorte que leur contenu et leur portée apparaissent clairement, sans qu'il y ait lieu de se reporter à d'autres documents.

La lettre de convocation de l'assemblée générale indique les conditions dans lesquelles les membres de celle-ci peuvent voter par correspondance et les lieux et les conditions dans lesquelles ils peuvent obtenir les formulaires nécessaires et les documents qui y sont annexés.

Article A931-3-21

Le délai entre la date de l'envoi des lettres de convocation à l'assemblée générale et la date de tenue de celle-ci est d'au moins quinze jours sur première convocation et de six jours sur deuxième convocation. En cas d'ajournement par décision de justice, le juge peut fixer un délai différent.

Article A931-3-22

Lorsqu'une assemblée n'a pu délibérer régulièrement, faute de quorum requis, la deuxième assemblée est convoquée dans les formes prévues à l'article A. 931-3-19 et la lettre de convocation rappelle la date de la première.

Article A931-3-23

Les statuts prévoient que les demandes d'inscription à l'ordre du jour d'une assemblée générale de projets de résolution doivent être adressées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au président du conseil d'administration de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance cinq jours au moins avant la date de réunion de l'assemblée générale. Le président du conseil d'administration ne peut refuser l'inscription d'un projet de résolution à l'ordre du jour que lorsque celui-ci n'entre pas dans l'objet social de l'institution ou de l'union.

Article A931-3-24

Le président du conseil d'administration de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance ou, en cas d'empêchement, le vice-président, accuse réception, par lettre recommandée, des projets de résolution dans le délai de cinq jours à compter de cette réception. Ces projets de résolution sont inscrits à l'ordre du jour et soumis au vote de l'assemblée.

Article A931-3-25

Les statuts prévoient qu'à compter de la convocation de l'assemblée générale, un formulaire de vote par correspondance et ses annexes sont remis ou adressés, aux frais de l'institution ou de l'union, à tout membre de l'assemblée qui en fait la demande. L'institution ou l'union doit faire droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours avant la date de la réunion.

Le formulaire de vote par correspondance doit permettre un vote sur chacune des résolutions, dans l'ordre de leur présentation. Il doit offrir à chaque membre de l'assemblée générale la possibilité d'exprimer sur chaque résolution un vote favorable ou défavorable à son adoption ou sa volonté de s'abstenir de voter. Il doit également informer chaque membre que toute abstention exprimée dans le formulaire ou résultant de l'absence d'indication de vote sera assimilée à un vote défavorable à l'adoption de la résolution. Sont annexés au formulaire le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs et une demande d'envoi des documents et renseignements énumérés, selon les cas, aux articles A. 931-3-13 et A. 931-3-14. Les statuts des institutions de prévoyance et de leurs unions déterminent le contenu du formulaire de vote par correspondance.

Le formulaire de vote adressé à l'institution ou à l'union vaut pour les assemblées successives convoquées avec le même ordre du jour. Il comporte l'indication de la date avant laquelle, conformément aux statuts, il doit être reçu par l'institution ou l'union pour qu'il en soit tenu compte. La date après laquelle il ne sera plus tenu compte des formulaires de vote reçus par l'institution ou l'union ne peut être antérieure de plus de trois jours à la date de réunion de l'assemblée, sauf délai plus court prévu par les statuts.

Article A931-3-26

Les statuts prévoient que tout membre d'une assemblée générale qui se fait représenter à celle-ci doit signer la procuration qu'il donne et indiquer ses nom, prénom usuel et domicile. Le mandat est donné pour une seule assemblée. Il peut cependant être donné pour deux assemblées, l'une ordinaire, l'autre extraordinaire tenues le même jour ou dans un délai d'un mois. Le mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées successives convoquées avec le même ordre du jour. A toute formule de vote par procuration, adressée aux membres de l'assemblée par l'institution ou l'union, doivent être joints le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs et une demande d'envoi des documents et renseignements énumérés, selon les cas, aux articles A. 931-3-13 et A. 931-3-14.

Article A931-3-27

Les statuts des institutions de prévoyance et de leurs unions déterminent la composition du bureau de l'assemblée, l'organisation des scrutins ainsi que les modalités selon lesquelles sont constatés les présences, les procurations et les votes par correspondance.

Article A931-3-28

L'assemblée générale est présidée par le président du conseil d'administration ou, à défaut, le vice-président ou, en leur absence, par la personne prévue par les statuts. A défaut l'assemblée élit elle-même son président.

En cas de convocation par les commissaires aux comptes ou par les liquidateurs, l'assemblée est présidée par celui ou l'un de ceux qui l'ont convoquée.

Article A931-3-29

Le procès-verbal des délibérations de l'assemblée générale indique la date et le lieu de réunion, les documents et rapports présentés ainsi qu'un résumé des débats. Ce procès-verbal comporte, en outre, le mode de convocation, l'ordre du jour, la composition du bureau de l'assemblée, le nombre de membres, par collègue, présents ou représentés et le quorum atteint ainsi que le texte des délibérations qui ont été mises aux voix et le résultat des votes.

Le procès-verbal de l'assemblée générale est signé par les membres de son bureau.

Les procès-verbaux sont établis sur un registre spécial tenu au siège social dans les conditions prévues à l'article A. 931-3-4.

Article A931-3-30

Si, à défaut du quorum requis, une assemblée ne peut délibérer régulièrement, il en est dressé procès-verbal par le bureau de ladite assemblée.

Article A931-3-31

Les copies ou extraits des procès-verbaux des assemblées générales sont valablement certifiés soit par le président ou le vice-président du conseil d'administration, soit par deux administrateurs choisis dans l'un et l'autre des collèges.

En cas de liquidation de l'institution ou de l'union d'institutions de prévoyance, ils sont valablement certifiés par un seul liquidateur.

Sous-section 3 : Régime prudentiel et financier

Article A931-3-32

Si plusieurs commissaires aux comptes sont en fonction, ils peuvent procéder séparément à leurs investigations, vérifications et contrôles, mais ils établissent un rapport commun.

En cas de désaccord entre les commissaires, le rapport indique les différentes opinions exprimées.

Article A931-3-33

Les commissaires aux comptes doivent établir et déposer au siège social le rapport spécial prévu au troisième alinéa de l'article R. 931-3-27 un mois au moins avant la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée générale ordinaires.

Article A931-3-34

Les statuts prévoient que les commissaires aux comptes sont convoqués, selon les cas, à toute commission paritaire ou assemblée générale au plus tard lors de la convocation des membres de celles-ci. Ils sont convoqués, s'il y a lieu, à une réunion du conseil d'administration en même temps que les administrateurs eux-mêmes. La convocation des commissaires aux comptes est faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article A931-3-35

Dans le rapport qu'ils présentent à la commission paritaire ou à l'assemblée générale ordinaires, les commissaires aux comptes :

1. Déclarent :

a) Soit certifier que les comptes de l'exercice sont réguliers et sincères et qu'ils donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance en formulant, s'il y a lieu, toutes observations utiles ;

b) Soit assortir la certification de réserves ;

c) Soit refuser la certification des comptes.

Dans ces deux derniers cas, les commissaires aux comptes précisent les motifs de leurs réserves ou de leur refus ;

2. Font état de leurs observations sur la sincérité et la concordance avec les comptes annuels des informations données dans le rapport de gestion de l'exercice.

Article A931-3-36

Les statuts prévoient que le commissaire aux comptes ne peut convoquer les membres de la commission paritaire qu'après avoir vainement requis leur convocation du secrétaire de celle-ci par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Il ne peut convoquer l'assemblée générale qu'après avoir vainement requis sa convocation du président du conseil d'administration ou, en cas d'empêchement de ce dernier, du vice-président par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Lorsqu'il procède à cette convocation, le commissaire aux comptes fixe l'ordre du jour et peut, pour des motifs déterminants, choisir un lieu de réunion autre que celui éventuellement prévu par les statuts, mais situé dans le même département ou la même région. Il expose les motifs de la convocation, dans un rapport lu à la commission paritaire ou à l'assemblée.

En cas de pluralité de commissaires aux comptes, il agissent d'accord entre eux. S'ils sont en désaccord sur l'opportunité de convoquer la commission paritaire ou l'assemblée, l'un d'eux peut demander au président du tribunal de grande instance, statuant en référé, l'autorisation de procéder à cette convocation, les autres commissaires et, selon les cas, le secrétaire de la commission paritaire ou le président et le vice-président du conseil d'administration dûment appelés. L'ordonnance du président, qui fixe l'ordre du jour, n'est susceptible d'aucune voie de recours.

Dans tous les cas, les frais entraînés par la réunion de la commission paritaire ou de l'assemblée sont à la charge de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance.

Article A931-3-37

L'information prévue à l'article R. 931-3-59 porte sur tout fait que le commissaire aux comptes relève lors de l'examen des documents qui lui sont communiqués ou sur tout fait dont il a connaissance à l'occasion de l'exercice de sa mission.

Le président et le vice-président du conseil d'administration répondent par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans les quinze jours qui suivent la réception de l'information mentionnée ci-dessus.

L'invitation du commissaire aux comptes à faire délibérer le conseil d'administration est formulée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans les huit jours qui suivent la réponse du président et du vice-président ou la constatation de l'absence de réponse dans les délais prévus à l'alinéa précédent. Dans ce cas, le président et le vice-président convoquent, dans les huit jours qui suivent la réception de la lettre du commissaire aux comptes, le conseil d'administration sur les faits relevés, en vue de le faire délibérer dans les quinze jours qui suivent la réception de cette lettre.

Un extrait du procès-verbal des délibérations du conseil d'administration est adressé au commissaire aux comptes et au comité d'entreprise dans les huit jours qui suivent cette réunion. Le commissaire aux comptes informe, sans délai, le président de la juridiction compétente du déroulement de cette procédure par lettre remise en mains propres contre récépissé au président ou à son délégué, ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le rapport rédigé par le commissaire aux comptes en application du troisième alinéa de l'article R. 931-3-59 est transmis au président et au vice-président du conseil d'administration dans les quinze jours qui suivent la réception de la délibération du conseil d'administration par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le rapport du commissaire aux comptes est communiqué par le président et le vice-président du conseil d'administration au comité d'entreprise dans les quinze jours qui suivent la réception de ce rapport.

Lorsqu'en application du dernier alinéa de l'article R. 931-3-59 le commissaire aux comptes informe de ses démarches le président de la juridiction compétente, cette information doit être faite sans délai par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Elle comporte la copie de tous les documents utiles à l'information du président du tribunal ainsi que l'exposé des raisons qui l'ont conduit à constater l'insuffisance des décisions prises.

Section 4 : Transfert de portefeuille - Fusion et scission

Sous-section 2 : Fusion et scission

Article A931-4-1

Le projet de fusion ou de scission prévu à l'article R. 931-4-5 contient les informations suivantes :

- 1° La dénomination et le siège social de toutes les institutions ou unions participantes ;
- 2° Les motifs, buts et conditions de la fusion ou de la scission ;
- 3° La désignation et l'évaluation de l'actif et du passif dont la transmission aux institutions ou unions absorbantes ou nouvelles est prévue ;
- 4° Les conséquences de la fusion ou de la scission sur la solvabilité des institutions ou unions participantes ;
- 5° Les dates auxquelles ont été arrêtés les comptes des institutions ou unions participantes utilisés pour établir les conditions de l'opération ;
- 6° La date à partir de laquelle les opérations de l'institution ou de l'union absorbée ou scindée seront, du point de vue comptable, considérées comme accomplies par la ou les institutions ou unions bénéficiaires des apports.

Article A931-4-2

Au moins un mois avant la date de la première commission paritaire ou assemblée générale appelée à statuer sur l'opération ou de la première consultation des intéressés par l'employeur, le projet de fusion ou de scission prévu à l'article R. 931-4-5 fait l'objet d'un avis inséré dans un journal d'annonces légales du département du siège social, par chacune des institutions ou unions participantes à l'opération.

Cet avis contient les indications suivantes pour chacune des institutions et unions participant à l'opération :

1° La dénomination sociale suivie, le cas échéant, de son sigle et l'adresse du siège de chacune des institutions ou unions participant à l'opération ainsi que l'indication de la ou des branches d'activité pour lesquelles elles sont agréées ;

2° La dénomination sociale suivie, le cas échéant, de son sigle et l'adresse du siège des institutions ou unions nouvelles qui résulteront de l'opération ainsi que l'indication de la ou des branches d'activité pour lesquelles elles sont agréées ou pour lesquelles elles solliciteront l'agrément ;

3° L'évaluation de l'actif et du passif dont la transmission aux institutions ou unions absorbantes ou nouvelles est prévue ;

4° La date du projet de fusion ou de scission ainsi que les date et lieu des dépôts prescrits par l'article R. 931-4-5.

Article A931-4-3

Le rapport du conseil d'administration prévu à l'article R. 931-4-6 explique et justifie le projet de manière détaillée, du point de vue juridique et technique, notamment en ce qui concerne les conséquences de la fusion ou de la scission sur la solvabilité des institutions ou unions absorbantes ou nouvelles et leurs perspectives de développement.

Article A931-4-4

Les statuts prévoient qu'un ou plusieurs commissaires à la fusion ou à la scission désignés par le président du tribunal de grande instance sur requête conjointe des institutions ou unions concernées établissent sous leur responsabilité un rapport écrit sur les modalités de fusion ou de scission. Ils peuvent obtenir auprès de chaque institution ou union concernée communication de tous documents utiles et procéder à toutes vérifications nécessaires. Ils sont soumis à l'égard des institutions ou unions participantes aux incompatibilités prévues à l'article L. 225-224 du code de commerce. Les commissaires à la fusion ou à la scission sont obligatoirement choisis parmi les commissaires aux comptes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 225-219 du code de commerce. Ils apprécient sous leur responsabilité la valeur de l'actif et du passif dont la transmission est prévue.

Le ou les rapports des commissaires à la fusion ou à la scission sont transmis et présentés par ces derniers aux membres des conseils d'administration des institutions ou unions concernées ainsi que, selon les cas, des membres de la commission paritaire, de l'employeur et des intéressés et des membres de l'assemblée générale.

Article A931-4-5

Les statuts prévoient que toute institution de prévoyance ou union d'institutions de prévoyance participant à l'opération de fusion ou de scission doit mettre à la disposition de ses membres adhérents ou participants, au siège social, un mois au moins avant la date de l'assemblée générale, de la réunion de la commission paritaire ou de la consultation des intéressés par l'employeur relative à l'opération projetée les documents suivants :

1° Le projet de fusion ou de scission ;

2° Les rapports mentionnés à l'article R. 931-4-6 ainsi que le rapport des commissaires à la fusion ou à la scission ;

3° Les comptes annuels approuvés conformément aux dispositions de l'article R. 931-11-1 ainsi que les rapports de gestion des trois derniers exercices des institutions ou unions participant à l'opération ;

4° Un état comptable établi selon les mêmes méthodes et suivant la même présentation que le dernier bilan annuel, arrêté à une date qui, si les derniers comptes annuels se rapportent à un exercice dont la fin est antérieure de plus de six mois à la date du projet de fusion ou de scission, doit être antérieure de moins de trois mois à la date de ce projet.

Pour l'application du 3° du premier alinéa du présent article, si l'opération doit être décidée avant que les comptes annuels du dernier exercice clos aient été approuvés, ou moins d'un mois après leur approbation, doivent être mis à la disposition des membres adhérents et participants les comptes arrêtés et certifiés relatifs à cet exercice et les comptes annuels approuvés des deux exercices précédents ainsi que les rapports de gestion. Dans le cas où le conseil d'administration ne les a pas arrêtés, l'état comptable visé au 4° du premier alinéa du présent article et les comptes annuels des deux exercices précédents ainsi que les rapports de gestion doivent être mis à la disposition des membres adhérents et participants.

Tout membre adhérent ou participant peut consulter ou obtenir sur simple demande copie totale ou partielle des documents susvisés.

Section 5 : Redressement, mesure de sauvegarde et d'assainissement, dissolution et liquidation

Article A931-5

La note visée à l'article R. 931-5-5 porte sur les délais à observer, les sanctions prévues quant à ces délais, l'organe ou l'autorité habilité à recevoir la production des créances ou les observations relatives aux créances et toute autre mesure.

La note indique également si les créanciers dont la créance est privilégiée ou garantie par une sûreté réelle doivent produire leur créance.

Dans le cas des créances d'assurance, la note indique en outre les effets généraux de la procédure de liquidation sur les contrats ou les bulletins d'adhésion à un règlement, en particulier la date à laquelle les contrats ou les bulletins d'adhésion à un règlement cessent de produire leurs effets ainsi que les droits et obligations du membre participant concernant le contrat ou le bulletin d'adhésion à un règlement.

Section 11 : Comptes et états statistiques

Article A931-11-10

Les opérations effectuées par les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance sont réparties entre les catégories d'opérations suivantes :

1. Opérations de capitalisation à cotisation unique (ou versements libres) ;
2. Opérations de capitalisation à cotisation périodique ;
3. Opérations individuelles d'assurance temporaire décès (y compris opérations collectives à adhésion facultative) ;
4. Autres opérations individuelles d'assurance vie à cotisation unique (ou versements libres) (y compris opérations collectives à adhésion facultative) ;
5. Autres opérations individuelles d'assurance vie à cotisation périodique (y compris opérations collectives à adhésion facultative) ;
- 6 Opérations collectives en cas de décès ;
7. Opérations collectives en cas de vie ;
8. Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisation unique (ou versements libres) ;
9. Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisation périodique ;
10. Opérations collectives relevant de l'article L. 932-24 mais ne relevant pas de l'article L. 932-40 et de l'article L. 144-2 du code des assurances ;

11. Opérations collectives relevant de l'article L. 144-2 du code des assurances mais ne relevant pas de l'article L. 932-40 ;

12. Opérations collectives relevant de l'article L. 932-40 ;

19. Acceptations en réassurance (Vie) ;

20. Dommages corporels (opérations individuelles, y compris garanties accessoires aux opérations d'assurance vie) ;

21. Dommages corporels (opérations collectives, y compris garanties accessoires aux opérations d'assurance vie) ;

31. Chômage ;

39. Acceptations en réassurance (Non-vie).

Les garanties nuptialité-natalité sont à inclure, selon le cas, dans les catégories 4 à 9.

Les institutions et les unions qui pratiquent plusieurs catégories d'opérations doivent, dans leur comptabilité, ventiler par exercice et par catégorie les éléments suivants de leurs opérations brutes de cessions et de leurs opérations cédées : cotisations, prestations, commissions, provisions techniques. Ces mêmes éléments doivent être ventilés, dans la comptabilité, pour chaque catégorie :

-par Etat de situation du risque ou de l'engagement ;

-entre les opérations du siège social et les opérations de chacune des succursales établies à l'étranger.

Toutefois, les entreprises soumises au contrôle de l'Etat en vertu du 1° du III de l'article L. 310-1-1 peuvent ne pas procéder, pour les acceptations en réassurance, à la ventilation des primes, sinistres, commissions et provisions techniques par état de situation du risque ou de l'engagement.

Les opérations réalisées sur l'ensemble du territoire de la République française ainsi que sur le territoire monégasque sont considérées comme opérations en France.

Les affaires directes à l'étranger, ainsi que les affaires acceptées, des catégories 20 à 31 du présent article sont assimilées à des opérations pluriannuelles à prime unique ou non révisable lorsque les usages de marché conduisent à rattacher les sinistres par exercice de souscription.

Partie réglementaire - Arrêtés

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et institutions à caractère paritaire

Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions

Chapitre 2 : Opérations des institutions de prévoyance

Section 3 : Dispositions particulières relatives aux opérations dépendant de la durée de la vie humaine et aux opérations de capitalisation

Article A932-3-1

Les tarifs des institutions de prévoyance et de leurs unions pratiquant les opérations relevant du a de l'article L. 931-1 sont établis d'après un taux au plus égal à 75 % du taux moyen des emprunts de l'Etat français calculé sur une base semestrielle sans pouvoir dépasser, au-delà de huit ans, le plus bas des deux taux suivants : 3,5 % ou 60 % du taux moyen indiqué ci-dessus. Pour les opérations à cotisations périodiques ou à capital variable, quelle que soit leur durée, ce taux ne peut excéder le plus bas des deux taux suivants : 3,5 % ou 60 % du taux moyen indiqué ci-dessus.

En ce qui concerne les opérations libellées en devises étrangères, le taux d'intérêt technique ne peut être supérieur à 75 % du taux moyen des emprunts d'Etat à long terme du pays de la devise concernée calculé sur base semestrielle ou, à défaut, de la référence de taux à long terme pertinente pour la devise concernée et équivalente à la référence retenue pour l'euro.

Pour les opérations au-delà de huit ans, le taux du tarif ne peut en outre être supérieur au plafond établi par les réglementations en vigueur dans le pays de chaque devise concernée, pour les garanties de même durée, sans pouvoir excéder 60 % du taux moyen visé à l'alinéa précédent. Il en est de même pour les opérations à cotisations périodiques.

Le taux moyen des emprunts d'Etat à retenir est le plus élevé des deux taux suivants : taux à l'émission ou taux de rendement sur le marché secondaire.

Les règles définies au présent article s'appliquent en fonction des taux en vigueur au moment de l'adhésion et ne sont pas applicables aux opérations relevant de l'article L. 932-24. Dans le cas de versements non programmés aux termes du contrat ou du bulletin d'adhésion, ces règles s'apprécient au moment de chaque versement.

Article A932-3-2

Pour l'application de l'article A. 932-3-1, le taux moyen des emprunts d'Etat sur base semestrielle est déterminé en effectuant la moyenne arithmétique sur les six derniers mois des taux observés sur les marchés primaire et secondaire. Le résultat de la multiplication par 60 % ou 75 % de cette moyenne est dénommé "taux de référence mensuel".

Le taux d'intérêt technique maximal applicable aux tarifs est fixé sur une échelle de taux d'origine 0 et de pas de 0,25 point. Il évolue selon la position du taux de référence mensuel par rapport au dernier taux technique maximal en vigueur :

-tant que le taux de référence mensuel n'a pas diminué d'au moins 0,1 point ou augmenté d'au moins 0,35 point par rapport au dernier taux technique maximal en vigueur, ce dernier demeure inchangé ;

-si le taux de référence mensuel sort des limites précédemment définies, le nouveau taux technique maximal devient le taux immédiatement inférieur au taux de référence mensuel sur l'échelle de pas de 0,25 point.

Lorsqu'un nouveau taux d'intérêt technique maximal est applicable, les institutions et les unions disposent de trois mois pour opérer cette modification.

Article A932-3-3

Les institutions de prévoyance et leurs unions pratiquant les opérations relevant du a de l'article L. 931-1 peuvent, dans les conditions fixées à l'article A. 932-3-4, garantir dans leurs règlements ou leurs contrats un montant total d'intérêts techniques et de participations aux excédents qui, rapporté aux provisions mathématiques, ne sera pas inférieur à un taux minimum garanti.

Article A932-3-4

1° Le taux minimum visé à l'article A. 932-3-3 peut être fixé annuellement pour l'année suivante. Il ne peut alors excéder 85 % de la moyenne des taux de rendement des actifs de l'institution ou de l'union calculés pour les deux derniers exercices ;

2° Ce taux minimum garanti peut également varier annuellement en fonction d'une référence fournie par un marché réglementé et en fonctionnement régulier de valeurs mobilières ou de titres admis en représentation des engagements réglementés des institutions ou unions. Pour les opérations libellées en francs français, la référence peut également être fournie par le taux des premiers livrets de caisse d'épargne français. La garantie de ce minimum n'est donnée que pour une période maximale de huit ans. Les opérations assorties d'une telle garantie de taux ne peuvent être proposées que si la moyenne des taux de rendement des actifs de l'institution ou de l'union calculés pour les deux derniers exercices est au moins égale aux quatre tiers du taux minimum que celle-ci propose de garantir la première année ;

3° Les dispositions des alinéas précédents peuvent être appliquées séparément ou conjointement ;

4° Le taux de rendement des actifs est calculé conformément au II de l'article A. 932-3-14. Il ne tient pas compte du rendement des actifs afférents aux opérations à capital variable et aux opérations relevant de l'article L. 932-24.

Article A932-3-5

Pour les opérations collectives à adhésion facultative comportant des valeurs de rachat et pour les opérations individuelles, la notice d'information mentionnée à l'article L. 932-15 contient les informations prévues par le modèle ci-dessous :

Dénomination sociale de l'institution ou de l'union contractante présentée dans les conditions fixées par l'article R. 931-1-2 ;

Nom de l'Etat membre où est établi le siège social de l'institution ou de l'union ou, le cas échéant, de la succursale avec laquelle le bulletin d'adhésion est signé ou le contrat souscrit ;

Adresse du siège social de l'institution ou de l'union ou, le cas échéant, de la succursale avec laquelle le bulletin d'adhésion est signé ou le contrat souscrit.

1° Dénomination du règlement ou du contrat ;

2° Caractéristiques du règlement ou du contrat :

a) Définition des garanties ;

b) Durée de l'affiliation au règlement ou du contrat ;

c) Modalités et durée du versement des cotisations ;

d) Délais et modalités de renonciation au bulletin d'affiliation au règlement ou au contrat, sort de la garantie décès en cas de renonciation ;

e) Nullités, déchéances, exclusions de garantie et délais de prescription ;

f) Formalités en cas de sinistre ;

g) Précisions complémentaires à certaines catégories d'opérations :

-opérations en cas de vie ou de capitalisation : frais et indemnités de rachat prélevés par l'institution ou l'union ;

-opérations comportant des valeurs de rachat : frais prélevés en cas de rachat ;

-opérations à capital variable : énumération des valeurs de références et nature des actifs entrant dans leur composition ;

-opérations collectives facultatives ; formalités de la dénonciation du participant et, le cas échéant, de transfert ;

h) Information sur les cotisations relatives aux garanties principales et complémentaires lorsque de telles informations s'avèrent appropriées ;

i) Précision quant à la loi applicable au règlement ou au contrat lorsque celle-ci n'est pas la loi française et indications générales relatives au régime fiscal ;

3° Rendement minimum garanti et participation :

a) Taux d'intérêt garanti et durée de cette garantie ;

b) Indication des garanties de fidélités, des valeurs de réduction et des valeurs de rachat ; dans le cas où celles-ci ne peuvent être établies exactement au moment de l'affiliation ou de la souscription, indication du mécanisme de calcul ainsi que des valeurs minimales ;

c) Modalités de calcul et d'attribution de la participation aux excédents ;

4° Modalités d'examen des plaintes des participants et des bénéficiaires pouvant être formulées à l'égard des bulletins d'affiliation, des règlements ou des contrats, existence, le cas échéant, d'une instance chargée en particulier de cet examen.

Article A932-3-6

Lorsque le participant ou le bénéficiaire choisit le règlement en espèces, la somme versée selon les dispositions figurant au bulletin d'adhésion, au règlement ou au contrat est égale à la contrevaletur en devises des unités de compte, sur la base de la valeur de rachat ou de réalisation de ces titres à la date prévue à cet effet par le bulletin d'adhésion, le règlement ou le contrat. Cette date ne peut être postérieure de plus de trente jours à la date de demande du capital ou de la rente garantis à l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance.

Article A932-3-7

La valeur de l'action ou de la part visée à l'article R. 932-3-2 est obtenue en divisant l'actif net de la société immobilière ou foncière par le nombre d'actions ou de parts. L'actif net est celui qui ressort du dernier bilan après affectation du résultat et réévaluation des immeubles, selon les modalités définies à l'article R. 343-11 du code des assurances.

Toutefois, pour l'évaluation entre deux bilans comptables du capital ou de la rente garantis, il peut être indiqué dans le bulletin d'adhésion, le règlement ou le contrat que la valeur de l'unité de compte est déterminée, selon une périodicité définie dans ces mêmes bulletins, règlements ou contrats, en fonction de l'évolution depuis la clôture du dernier exercice de l'actif net ainsi que de la réévaluation des immeubles. Dans ce cas, la valeur de l'actif net fait l'objet d'une attestation du commissaire aux comptes de la société immobilière ou foncière ou du commissaire aux comptes de l'institution ou de l'union.

La réévaluation est faite par immeuble, soit par une expertise effectuée par un expert accepté par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution prudentiel et de résolution, soit par actualisation de la dernière estimation, certifiée par un expert accepté par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution précitée, par application d'une règle basée sur des indices représentatifs du marché immobilier et figurant dans le bulletin d'adhésion, le règlement ou le contrat.

Article A932-3-8

Lorsque l'unité de compte servant de référence à la valorisation du capital ou de la rente garantis par le bulletin d'adhésion, le règlement ou le contrat est une part de société civile de placement immobilier soumise au contrôle de l'Autorité des marchés financiers, la valeur de cette société visée à l'article R. 932-3-2 est la valeur de réalisation de cette société au sens de l'article 11 de la loi n° 70-1300 du 31 décembre 1970 modifiée fixant le régime applicable aux sociétés civiles autorisées à faire publiquement appel à l'épargne.

Article A932-3-9

Pendant la durée du bulletin d'adhésion ou du contrat, l'institution ou l'union peut effectuer pour les bulletins, les règlements ou les contrats l'ayant prévu la substitution d'une unité de compte visée au 2° de l'article R. 932-3-1 au profit d'unités de compte de nature comparable si l'unité de compte initiale ne remplit plus les conditions définies au 2° de l'article R. 131-3 du code des assurances ou si l'institution ou l'union qui en fait la demande y est autorisée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution prudentiel et de résolution.

La substitution d'une unité de compte au profit d'unités de compte de nature comparable est autorisée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution au vu du rapport d'un expert mandaté par l'institution ou l'union. L'expert certifie la comparabilité des sociétés, au regard des critères de destination, tels que habitation, bureaux, centres commerciaux, et de localisation des actifs de celles-ci. Toutefois, l'Autorité peut également requérir une expertise selon les modalités fixées à l'article A. 343-2-1 du code des assurances.

Article A932-3-10

L'encadré mentionné à l'article L. 932-15 est placé en tête de contrat ou de bulletin. Sa taille ne dépasse pas une page et il contient, de façon limitative et dans l'ordre précisé, les mentions suivantes :

1° Il est indiqué s'il s'agit d'une opération individuelle ou d'une opération collective à adhésion facultative. Pour les contrats collectifs à adhésion facultative visés au troisième alinéa de l'article L. 932-15, cette indication est complétée par la mention suivante : " les droits et obligations du participant peuvent être modifiés par des avenants au contrat, conclus entre [dénomination de l'institution de prévoyance] et [dénomination du membre adhérent]. Le participant est préalablement informé de ces modifications. "

2° Les garanties offertes, y compris les garanties complémentaires non optionnelles, sont indiquées, avec la référence aux clauses les définissant ; il est précisé en particulier si le contrat prévoit le paiement d'un capital ou d'une rente.

a) Pour les contrats dont les droits sont exprimés en euros ou en devises, il est indiqué si le contrat comporte une garantie en capital au moins égale aux sommes versées, nettes de frais.

b) Pour les contrats dont les droits sont exprimés en unités de compte, il est indiqué en caractères très apparents que les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

c) Pour les contrats dont une part des droits sont exprimés en unités de compte, l'information sur les garanties offertes, effectuée conformément aux dispositions des présents a et b, distingue clairement les droits exprimés en unités de compte et ceux qui ne le sont pas.

3° Sont indiqués l'existence ou non d'une participation aux excédents contractuelle ainsi que, le cas échéant, les pourcentages de celle-ci ; est également indiquée, le cas échéant, la référence à la clause de participation aux excédents.

4° Il est indiqué que le contrat comporte une faculté de rachat ou de transfert. Cette indication est complétée par la mention : " les sommes sont versées par l'institution de prévoyance dans un délai de... [délai de versement] " ; sont également indiquées les références à la clause relative aux modalités de rachat et de transfert et au tableau mentionné à l'article L. 132-5-2 du code des assurances.

5° Sont indiqués dans une même rubrique les frais et indemnités de toute nature mentionnés à l'article R. 132-3 du code des assurances ainsi que, le cas échéant, l'existence de frais pouvant être supportés par l'unité de compte. Il est renvoyé à une clause du contrat ou au prospectus simplifié pour le détail de ces derniers frais, et l'encadré le précise. Pour les frais et indemnités mentionnés à l'article R. 132-3 du code des assurances, la rubrique distingue :

- " frais à l'entrée et sur versements " : montant ou pourcentage maximum des frais prélevés lors de la souscription et des frais prélevés lors du versement des cotisations ;

- " frais en cours de vie du contrat " : montant ou pourcentage maximum, sur base annuelle, des frais prélevés postérieurement à la souscription et non liés au versement des garanties ou des cotisations ;

- " frais de sortie " : montant ou pourcentage maximum des frais sur quittances d'arrérages, indemnités de rachat ou de transfert ;

- " autres frais " : montant ou pourcentage maximum des frais et indemnités non mentionnés aux trois alinéas précédents.

6° Est insérée la mention suivante : " La durée du contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale du membre participant, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. Le membre adhérent [ou le membre participant] est invité à demander conseil auprès de son institution de prévoyance ou union. "

7° Sont indiquées les modalités de désignation des bénéficiaires, comme il est dit au 1° de l'article A. 132-9 du code des assurances. Est également indiquée la référence à la clause contenant les informations mentionnées au même article.

8° La mention suivante est insérée immédiatement après l'encadré :

" Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du membre adhérent [ou du membre participant] sur certaines dispositions essentielles de la notice. Il est important que le membre adhérent [ou le membre participant] lise intégralement la notice et pose toute les questions qu'il estime nécessaires avant le signer le contrat [ou le bulletin d'adhésion].

Article A932-3-11

Les tarifs pratiqués par les institutions de prévoyance et leurs unions effectuant les opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1 comprennent la rémunération de celles-ci et sont établis d'après les éléments suivants :

1° Un taux d'intérêt technique fixé dans les conditions prévues à l'article A. 932-3-1 ;

2° Une des tables suivantes :

- a) Tables homologuées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, établies par sexe, sur la base de populations de membres participants et bénéficiaires pour les contrats de rente viagère et sur la base de données publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques pour les autres contrats ;
- b) tables établies ou non par sexe par l'institution ou l'union et certifiées par un actuair indépendant de celle-ci, agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaires reconnues par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Les tables mentionnées au b sont établies d'après des données d'expérience de l'institution ou de l'union, ou des données d'expérience démographiquement équivalentes.

Lorsque les tarifs sont établis d'après des tables mentionnées au a, et dès lors qu'est retenue une table unique pour tous les membres participants, celle-ci correspond à la table par sexe appropriée conduisant au tarif le plus prudent.

Pour les contrats en cas de vie autres que les contrats de rente viagère, les tables mentionnées au a sont utilisées en corrigeant l'âge du membre participant conformément aux décalages d'âge ci-annexés.

Ces décalages d'âge sont appliqués de telle sorte que chaque taux de mortalité annuel à un âge donné soit égal au taux de mortalité annuel à l'âge ayant subi le décalage dans la table par sexe appropriée.

Pour les rentes viagères, en ce compris celles revêtant un caractère temporaire, et à l'exception des contrats relevant de la section 9 du II du titre III du livre IX, les tarifs et les provisions techniques déterminés en utilisant les tables mentionnées au b ne peuvent être inférieurs à ceux qui résulteraient de l'utilisation des tables par sexe appropriées mentionnées au a.

Pour l'élaboration des tarifs des opérations collectives en cas de décès résiliables annuellement, l'institution ou l'union peut utiliser les tables mentionnées au a avec une méthode forfaitaire dès lors que celle-ci est justifiable.

Article A932-3-12

I.-Le montant minimal de la participation aux excédents techniques et financiers des institutions et des unions pratiquant des opérations mentionnées au a de l'article L. 931-1 est déterminé globalement pour les opérations individuelles et collectives de toute nature souscrites sur le territoire de la République française, à l'exception des opérations collectives en cas de décès et des opérations à capital variable. II.-Le montant minimal de la participation aux excédents à attribuer au titre d'un exercice est déterminé globalement à partir d'un compte de participation aux résultats. Ce compte comporte, pour les opérations mentionnées au I, les éléments de dépenses et de recettes concernant les catégories 1, 2, 3, 4, 5, 7 et 10 de l'article A. 931-11-10 et figurant, dans un règlement relatif au cadre comptable des entreprises d'assurance défini par l'Autorité des Normes Comptables dans la ventilation de l'ensemble des produits et charges des opérations par catégorie (modèle A, Catégories 1 à 19), aux sous-totaux A.-Solde de souscription et B.-Charges d'acquisition et de gestion nettes. Il comporte également en dépenses la participation de l'institution ou de l'union aux excédents de la gestion technique, qui est constituée par 10 % du solde créditeur des éléments précédents. Il est ajouté en recette du compte de participation aux résultats une part des produits financiers. Cette part est égale à 85 % du solde du compte financier défini au I de l'article A. 932-3-14. Le compte de participation aux résultats comporte en outre les sommes correspondant au "solde de réassurance cédée", calculées conformément aux dispositions de l'article A. 932-3-13 et, s'il y a lieu, le solde débiteur du compte de participation aux résultats de l'exercice précédent. III.-Le montant minimal annuel de la participation aux résultats est le solde créditeur du compte de participation aux résultats défini au II. Le montant minimal annuel de la participation aux excédents est égal au montant défini à l'alinéa précédent diminué du montant des intérêts crédités aux provisions mathématiques.

Article A932-3-13

Pour le calcul de la rubrique "Solde de réassurance cédée" prévue dans le compte de participation aux résultats au II de l'article A. 932-3-12, seule est prise en compte la réassurance de risque, c'est-à-dire celle dans laquelle l'engagement des cessionnaires porte exclusivement sur tout ou partie de la différence entre le montant des capitaux en cas de décès ou d'invalidité et celui des provisions mathématiques des opérations correspondantes.

Dans les traités limités à la réassurance de risque, le solde de réassurance cédée est égal à la différence entre le montant des sinistres à la charge des cessionnaires et celui des cotisations cédées. Il est inscrit, selon le cas, au débit ou au crédit du compte de participation aux résultats.

Dans les autres traités, le solde de réassurance cédée est établi en isolant la réassurance de risque à l'intérieur des engagements des cessionnaires. Les modalités de calcul du solde sont précisées par circulaire, par référence aux conditions normales du marché de la réassurance du risque.

Article A932-3-14

I.-Le compte financier mentionné au II de l'article A. 932-3-12 comprend, en recettes, la part du produit net des placements, calculée suivant les règles fixées au II du présent article et, en dépenses, sur autorisation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et après justifications, la part des résultats que l'institution ou l'union a dû affecter aux fonds propres pour satisfaire, dans le cas des entreprises mentionnées au L. 931-6-1, au montant minimal réglementaire de la marge de solvabilité ou, dans le cas des entreprises mentionnées au L. 931-6, au capital de solvabilité requis. II.-La part du produit financier à inscrire en recettes du compte financier est égale à la somme des deux éléments suivants : 1. Le produit du montant moyen au cours de l'exercice des provisions techniques brutes de cessions en réassurance des opérations mentionnées au I de l'article A. 932-3-12, autres que celles transférées au titre de l'article L. 931-16, par le taux de rendement des placements ; 2. Le montant total des produits financiers afférents à des actifs transférés avec un portefeuille d'opérations et affectés à une section comptable distincte en vertu de l'article R. 931-4-1 autres que ceux relevant d'opérations mentionnées à l'article L. 932-40. Le taux de rendement prévu au 1 du présent paragraphe est égal au rapport : Du produit net des placements considérés, figurant dans un règlement relatif au cadre comptable des entreprises d'assurance défini par l'Autorité des Normes Comptables, au compte technique des opérations vie, au compte technique de l'assurance vie, à la rubrique II. 2 " Produits des placements " diminuée de la rubrique II. 9 " Charges des placements déduction faite des produits des placements mentionnés aux a, b et c du I de l'article R. 931-11-9 ; Au montant moyen, au cours de l'exercice, des placements mentionnés, autres que ceux mentionnés aux a, b et c du I de l'article R. 931-11-9.

Article A932-3-15

I.-Le montant des participations aux excédents peut être affecté directement aux provisions mathématiques ou porté, partiellement ou totalement, à la provision pour participation aux excédents prévue au 2° de l'article R. 343-3 du code des assurances. Les sommes portées à cette dernière provision sont affectées à la provision mathématique ou versées aux participants au cours des huit exercices suivant celui au titre duquel elles ont été portées à la provision pour participation aux excédents.

II.-Lorsqu'une catégorie d'opérations est assortie d'une clause de participation aux excédents, la participation affectée individuellement à chaque bulletin d'adhésion ou contrat réduit ou suspendu ne peut être inférieure à celle qui serait affectée à un bulletin d'adhésion à un règlement ou à un contrat en cours de paiement de cotisations de la même catégorie ayant la même provision mathématique.

Pour les contrats mentionnés au 1° de l'article L. 932-40, qu'ils aient ou non été souscrits dans le cadre de l'agrément mentionné au même article, la participation affectée individuellement à chaque adhérent ayant quitté l'entreprise d'affiliation ne peut être inférieure à celle qui serait affectée à un adhérent dont l'adhésion demeure obligatoire et ayant la même provision mathématique.

Section 4 : Dispositions particulières relatives à certaines opérations de retraite à caractère collectif

Article A932-4-1

I.-Les tarifs utilisés pour pratiquer les opérations collectives relevant de l'article L. 932-24 comprennent la rémunération de l'institution de prévoyance ou de l'union qui les met en oeuvre.

Le règlement indique les frais prélevés par l'institution ou l'union.

II.-Les provisions techniques spéciales mentionnées à l'article R. 932-4-4 sont représentées par un actif unique.

III.-L'équivalence actuarielle prévue à l'article R. 932-4-14 est établie dans les conditions suivantes :

Les valeurs limites du quotient de la valeur de service par la valeur d'acquisition sont multipliées par un coefficient correcteur égal :

-lorsque le règlement prévoit un âge d'entrée en jouissance inférieur à soixante-cinq ans, au quotient du capital constitutif de la rente viagère différée reposant sur une tête dont l'âge est l'âge d'entrée en jouissance prévu par le règlement, le différé étant égal à la différence entre soixante-cinq ans et cet âge, par le capital constitutif d'une rente viagère immédiate reposant sur une tête d'âge égal à l'âge d'entrée en jouissance prévu par le règlement ;

-lorsque le règlement prévoit un âge d'entrée en jouissance supérieur à soixante-cinq ans, au quotient du capital constitutif de la rente viagère immédiate reposant sur une tête d'âge de soixante-cinq ans, par le capital constitutif d'une rente viagère différée reposant sur une tête d'âge de soixante-cinq ans, le différé étant égal à la différence entre l'âge d'entrée en jouissance prévu par le règlement et soixante-cinq ans ;

-lorsque le règlement prévoit la réversion, au quotient du capital constitutif de la rente individuelle différée de vingt ans reposant sur une tête d'âge de quarante-cinq ans, par le capital constitutif de cette rente, augmenté de la partie réversible calculée dans les conditions prévues par le règlement, les conjoints étant supposés âgés tous deux de quarante-cinq ans.

Si le règlement prévoit à la fois une réversion et un âge d'entrée en jouissance différent de soixante-cinq ans, le coefficient correcteur est égal au produit du coefficient correspondant à l'anticipation ou à l'ajournement et du coefficient correspondant à la réversion, calculés comme il est dit ci-dessus.

Les calculs sont effectués selon les modalités prévues au paragraphe IV ci-après.

IV.-Les calculs de la provision mathématique théorique, mentionnée à l'article R. 932-4-15, des équivalences actuarielles prévues à l'article R. 932-4-14 et la répartition des droits prévue à l'article R. 932-4-20 sont effectués en utilisant les tables de mortalité appropriées mentionnées à l'article A. 931-10-10 applicables aux contrats de rente viagère souscrits à compter du 1er janvier 2007, et à l'aide d'un taux au plus égal au plus élevé des deux taux suivants :

a) Un taux obtenu par composition de taux d'intérêt égaux pour les huit premières années à 75 % du taux moyen au cours des trois derniers exercices des emprunts de l'Etat dans la devise duquel sont libellés les engagements relatifs au règlement, et à 60 % de ce même taux, dans la limite de 3,5 %, pour les exercices suivants ;

b) Un taux de 1,5 %, si ce taux est inférieur à la valeur moyenne, au cours des trois derniers exercices, du taux de rendement réel des actifs représentant la provision technique mentionnée à l'article R. 932-4-4, ou, dans le cas contraire, la valeur moyenne ainsi déterminée.

Les institutions et les unions peuvent répartir sur une période allant jusqu'à l'exercice 2015 inclus les effets sur le calcul de la provision mathématique théorique du changement de taux d'intérêt utilisé pour ce calcul.

Article A932-4-2

I.-L'unité de rente correspondant à un rachat a la même valeur d'acquisition que l'unité de rente acquise normalement dans l'année du rachat.

II.-Chaque année, les institutions et les unions pratiquant les opérations collectives relevant de l'article L. 932-24 communiquent à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, pour chacun des règlements qu'elles mettent en oeuvre, la valeur de service et la valeur d'acquisition de l'unité de rente pour l'exercice à venir.

Elles communiquent également :

- le montant de la provision mathématique théorique calculée au 31 décembre de l'exercice clos ;
- le montant de la provision technique spéciale à cette même date ;
- le montant de la fraction des excédents affectés à ladite provision ;
- le montant des arrérages calculés d'après la nouvelle valeur de service et susceptibles d'être servis pendant l'exercice en cours.

La communication de ces renseignements intervient au plus tard le 1er juin de chaque année et, en tout état de cause, avant la fixation de la nouvelle valeur de service de l'unité de rente.

Section 5 : Opérations de retraite professionnelle supplémentaire

Article A932-5

I.-Le seuil mentionné au troisième alinéa de l'article L. 932-41 est de 5 000 participants.

II.-Le seuil mentionné au dernier alinéa de l'article R. 932-5-6 s'élève, pour chaque catégorie, à 100 participants.

Article A932-6

I.-En application de l'article L. 932-45, sont remis sur demande aux adhérents d'un contrat mentionné à l'article L. 932-40, dans un délai qui ne peut excéder trois mois :

-le rapport de gestion et les comptes annuels relatifs à la ou aux comptabilités auxiliaires d'affectation mentionnées à l'article L. 932-43 ;

-les modalités d'exercice du transfert ;

-le montant dû en cas d'exercice de la faculté de rachat lorsque survient l'un des événements visés au deuxième alinéa de l'article L. 132-23 du code des assurances, apprécié à la date de la demande ;

-le niveau que les prestations de retraite doivent atteindre, le cas échéant.

II.-Les participants reçoivent chaque année des informations succinctes sur la situation de l'institution de prévoyance ou de l'union.

III.-Lorsque le salarié fait liquider ses droits à la retraite, ou que d'autres prestations deviennent exigibles, l'institution de prévoyance ou l'union lui adresse, ou au bénéficiaire le cas échéant, dans un délai de deux mois à compter de la date de la demande, une information adéquate sur les prestations qui lui sont dues et sur les options de paiement correspondantes.

Article A932-7

Pour les contrats mentionnés à l'article L. 932-40, lorsque les garanties sont exprimées en unités de compte, les institutions de prévoyance et les unions, sur demande du souscripteur, adhérent ou bénéficiaire, communiquent dans un délai qui ne peut excéder un mois l'éventail des options éventuelles de placement et le portefeuille de placements existant, avec une description des risques et des coûts relatifs à ces placements.

Partie réglementaire - Arrêtés

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et institutions à caractère paritaire

Titre 3 : Institutions de prévoyance et opérations de ces institutions

Chapitre 3 : Institution de prévoyance appartenant à un groupe

Section II : Dispositions relatives à la surveillance complémentaire des entités réglementées appartenant à un conglomérat financier

Partie réglementaire - Arrêtés

Livre 9 : Dispositions relatives à la protection sociale complémentaire des salariés et institutions à caractère paritaire

Titre 5 : Contrôle des institutions

Chapitre 4 : Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Article A951-3-3

I.-Les modalités de vérification de l'identité d'un adhérent ou d'un membre participant, telles que prévues aux alinéas 1 et 2 de l'article R. 561-5 du code monétaire et financier, sont considérées comme satisfaites dès lors que le paiement de leur première cotisation s'effectue par le débit d'un compte ouvert à leur nom auprès d'un établissement de crédit lui-même tenu à l'obligation d'identification.

II.-En application du 3° de l'article R. 561-16 du code monétaire et financier, ne sont pas soumises aux obligations mentionnées aux articles L. 561-5 et L. 561-6 les opérations de la branche 16 définies à l'article R. 931-2-1 lorsque le montant de la cotisation annuelle par contrat ne dépasse pas 10 000 €.

III.-En application de l'article R. 561-38 du code monétaire et financier, les institutions de prévoyance et unions mentionnées au 3° de l'article L. 561-2 du code monétaire et financier sont soumises aux dispositions du I de l'article A. 310-9 du Code des assurances.

Annexes

Article Annexe à l'article A931-10-10

Table TD 88-90 (en cas de décès)

X	Lx
0	100 000
1	99 129
2	99 057
3	99 010
4	98 977
5	98 948
6	98 921
7	98 897
8	98 876
9	98 855
10	98 835
11	98 814
12	98 793
13	98 771
14	98 745
15	98 712
16	98 667
17	98 606
18	98 520
19	98 406
20	98 277
21	98 137
22	97 987
23	97 830
24	97 677
25	97 524
26	97 373
27	97 222
28	97 070
29	96 916
30	96 759
31	96 597
32	96 429
33	96 255
34	96 071
35	95 878
36	95 676
37	95 463
38	95 237
39	94 997
40	94 746
41	94 476
42	94 182
43	93 868
44	93 515
45	93 133

46	92 727
47	92 295
48	91 833
49	91 332
50	90 778
51	90 171
52	59 511
53	88 791
54	88 011
55	87 165
56	86 241
57	85 256
58	84 211
59	83 083
60	81 884
61	80 602
62	79 243
63	77 807
64	76 295
65	74 720
66	73 075
67	71 366
68	69 559
69	67 655
70	65 649
71	63 543
72	61 285
73	58 911
74	56 416
75	53 818
76	51 086
77	48 251
78	45 284
79	42 203
80	39 041
81	35 824
82	32 518
83	29 220
84	25 962
85	22 780
86	19 725
87	16 843
88	14 133
89	11 625
90	9 389
91	7 438
92	5 763
93	4 350
94	3 211
95	2 315
96	1 635
97	1 115
98	740
99	453
100	263
101	145
102	76

103	37
104	17
105	7
106	2
Lx = nombre de vivants à l'âge X.	

Table TV 88-90 (en cas de vie)

X	Lx
0	100 000
1	99 352
2	99 294
3	99 261
4	99 236
5	99 214
6	99 194
7	99 177
8	99 161
9	99 146
10	99 129
11	99 112
12	99 096
13	99 081
14	99 062
15	99 041
16	99 018
17	98 989
18	98 955
19	98 913
20	98 869
21	98 823
22	98 778
23	98 734
24	98 689
25	98 640
26	98 590
27	98 537
28	98 482
29	98 428
30	98 371
31	98 310
32	98 247
33	98182
34	98111
35	98 031
36	97 942
37	97 851
38	97 743
39	97 648
40	97 534
41	97 413
42	97 282
43	97 138
44	96 681
45	96 810
46	96 622
47	96 424

48	96 218
49	95 995
50	95 752
51	95 488
52	95 202
53	94 892
54	94 560
55	94 215
56	93 848
57	93 447
58	93 014
59	92 545
60	92 050
61	91 523
62	90 954
63	90 343
64	89 687
65	88 978
66	88 226
67	87 409
68	86 513
69	85 522
70	84 440
71	83 251
72	61936
73	80 484
74	78 880
75	77 104
76	75136
77	72 981
78	70 597
79	67 962
80	65 043
81	61 852
82	58 379
83	54 614
84	50 625
85	46 455
86	42130
87	37 738
88	33 340
89	28 980
90	24 739
91	20 704
92	16 959
93	13 580
94	10 636
95	8 118
96	6 057
97	4 378
98	3 096
99	2 184
100	1 479
101	961
102	599
103	358
104	205

105	113
106	59
107	30
108	14
109	6
110	2
Lx = nombre de vivants à l'âge X.	

Article Annexe à l'article A931-10-14

Pour le calcul du b du 1° de l'article A. 931-10-14, le tableau suivant pourra être utilisé pour le calcul des taux de rendement par échéance :

		EXERCICE N	N + 1	k = N + i pour i = 2, 3, 4 et 5	k = N + i pour i ' 5
Obligations	(A)	A (N)	A (N + 1)	A (k)	A (k)
Obligations amorties et arrivées à terme dans l'année	(B)		A (N + 1)-A (N)	B (k) = A (k)-A (k-1)	B (k) = A (k)-A (k-1)
Coupons de l'année	(C) = TME * (A)		A (N + 1) * TME	C (k) = A (k) * TME	C (k) = A (k) * TME
Coupons et réinvestissements d'obligations capitalisés	(D)		B (N + 1) * (1 + 75 % * TME)	D (k) = (B (k) + C (k-1) + D (k-1) * (1 + 75 % * TME)	D (k) = (B (k) + C (k-1) + D (k-1) * (1 + 60 % * TME)
Autres actifs	(E)	E (N)	E (N) * (1 + 75 % * TME)	E (k) = E (k-1) * (1 + 75 % * TME)	E (k) = E (k-1) * (1 + 60 % * TME)
Total actif	(F) = (A) + (C) + (D) + (E)	F (N)	F (N + 1)	F (k)	F (k)
Rendement	(G)		F (N + 1) / F (N)-1	F (k) / F (k-1)-1	F (k) / F (k-1)-1

Article Annexe à l'article A931-11-9 (1er alinéa) Annexe I

NOMENCLATURE DES COMPTES

Classe 1 - Capitaux permanents et emprunts.

10 Réserves

102 Fonds d'établissement constitué.

103 Fonds de développement.

105 Ecarts de réévaluation.

106 Réserves.

1061 Réserves des fonds techniques.

1062 Réserves indisponibles.

1063 Réserves statutaires ou contractuelles.

1064 Réserves réglementées.

10642 Réserve pour remboursement d'emprunt pour fonds d'établissement.

10645 Réserve de capitalisation.

1065 Réserve du fonds de gestion.

1066 Réserve du fonds social.

1068 Autres réserves.

11 Report à nouveau

12 Résultat de l'exercice (excédent ou perte)

13 Subvention d'investissement

14 Provisions réglementées (autres que les provisions techniques)

15 Provisions pour risques et charges

16 Emprunts et dettes assimilées

160 Passifs subordonnés.

1600 Titres participatifs admis en constitution de la marge de solvabilité.

1601 Autres emprunts et titres subordonnés admis en constitution de la marge de solvabilité.

1602 Emprunts et titres subordonnés non admis en constitution de la marge de solvabilité.

162 Emprunt pour fonds d'établissement.

164 Dettes envers des établissements de crédit.

1640 Entreprises liées.

1641 Participations.

1642 Autres.

165 Dépôts et cautionnements reçus.

1650 Entreprises liées.

1651 Participations.

1652 Autres.

1657. Dettes représentatives de la composante dépôt d'un contrat de réassurance.

168 Autres emprunts et dettes assimilées.

1680 Entreprises liées.

1681 Participations.

1682 Autres.

17 Dettes pour dépôts espèces reçus des cessionnaires et rétrocessionnaires en représentation d'engagements techniques

170 Entreprises liées.

171 Participations.

172 Autres.

18 Comptes de liaison.

183 Liaisons internes :

1831 Position de change.

1832 Contre-valeur de position de change.

184 Liaisons des succursales.

Classe 2 - Placements.

21 Placements immobiliers

210 Terrains non construits.

211 Parts de sociétés non cotées à objet foncier.

212 Immeubles bâtis hors immeubles d'exploitation.

213 Parts et actions de sociétés immobilières non cotées hors immeubles d'exploitation.

219 Immeubles d'exploitation.

2192 Immeubles bâtis.

2193 Parts de sociétés immobilières non cotées.

22 Placements immobiliers en cours

220 Terrains affectés à une construction en cours.

222 Immeubles en cours.

223 Parts et actions de sociétés immobilières non cotées (immeubles en cours).

229 Immeubles d'exploitation en cours.

23 Placements financiers

230 Actions et autres titres à revenu variable.

2300 Actions et titres cotés.

2301 Actions et parts d'OPCVM détenant exclusivement des titres à revenu fixe.

2302 Actions et parts d'autres OPCVM.

2305 Actions et titres non cotés.

231 Obligations, titres de créance négociables et autres titres à revenu fixe.

2310 Obligations cotées.

2315 Obligations non cotées.

2316 Titres de créance négociables et bons du Trésor.

2317 Autres.

232 Prêts.

2320 Prêts obtenus ou garantis par un Etat membre de l'OCDE.

2321 Prêts hypothécaires.

2322 Autres prêts.

2323 Avances sur bulletins d'adhésion à un règlement ou sur contrats.

233 Dépôts auprès des établissements de crédit.

2330 Dépôts de garantie au titre d'opérations sur le MATIF ou autres marchés assimilés.

2331 Autres dépôts de garantie auprès d'établissements de crédit.

2332 Autres dépôts auprès d'établissements de crédit.

234 Autres placements.

2340 Dépôts et cautionnements.

2341 Créances représentatives de titres prêtés.

2342 Autres.

235 Créances pour espèces déposées chez les cédantes.

237. Créance représentative de la composante dépôt d'un contrat de réassurance.

24 Placements représentant les provisions techniques afférentes aux opérations en unités de compte

240 Placements immobiliers.

241 Titres à revenu variable autres que les OPCVM.

242 Obligations, titres de créance négociables et autres titres à revenu fixe.

243 Parts d'OPCVM détenant exclusivement des titres à revenu fixe.

244 Parts d'autres OPCVM.

25 Placements dans des entreprises liées

250 Actions et autres titres à revenu variable.

2500 Actions et titres cotés.

2505 Actions et titres non cotés.

251 Obligations, titres de créance négociables et autres titres à revenu fixe.

252 Prêts.

253 Dépôts auprès des établissements de crédit.

254 Autres placements.

255 Créances pour espèces déposées chez les cédantes.

26 Placements dans des entreprises avec lesquelles existe un lien de participation

260 Actions et autres titres à revenu variable.

2600 Actions et titres cotés.

2605 Actions et titres non cotés.

261 Obligations, titres de créance négociables et autres titres à revenu fixe.

262 Prêts.

263 Dépôts auprès des établissements de crédit.

264 Autres placements.

265 Créances pour espèces déposées chez les cédantes.

28 Amortissements des placements immobiliers.

29 Provisions pour dépréciation des placements.

Classe 3 - Provisions techniques.

30 Provisions d'assurance vie

300 Opérations directes.

3000 Provisions mathématiques.

3001 Provisions de gestion.

3002 Provisions pour frais d'acquisition reportés.

304 Acceptations.

31 Provisions pour cotisations non acquises (Non-vie)

312 Opérations directes.

315 Acceptations.

32 Provisions pour sinistres à payer (Vie)

320 Opérations directes.

324 Acceptations.

33 Provisions pour sinistres à payer (Non-vie)

332 Opérations directes.

333 Prévisions de recours à encaisser.

335 Acceptations.

34 Provisions pour participation aux excédents et ristournes (Vie)

340 Opérations directes.

3400 Provisions pour participations aux excédents.

3401 Provisions pour ristournes.

344 Acceptations.

35 Provisions pour participation aux excédents et ristournes (Non-vie)

352 Opérations directes.

3520 Provisions pour participations aux excédents.

3521 Provisions pour ristournes.

355 Acceptations.

36 Provisions pour égalisation

360 Vie.

362 Non-vie.

37 Autres provisions techniques

370 Opérations directes Vie.

3700 Provisions pour aléas financiers.

3703 Provisions pour risque d'exigibilité des engagements techniques (Vie).

372 Opérations directes Non-vie.

3720 Provisions pour risques croissants.

3721 Provisions mathématiques des rentes.

3722 Provisions pour risques en cours.

3723 Provisions pour risque d'exigibilité des engagements techniques (Non-vie).

374 Acceptations Vie.

375 Acceptations Non-vie.

377 Engagements pris au titre de la branche mentionnée au 25 de l'article R. 931-2-1.

379 Dotations à la provision pour risque d'exigibilité restant à constater.

38 Provisions des opérations en unités de compte

380 Provisions mathématiques.

385 Provisions pour participation aux excédents.

39 Part des cessionnaires et rétrocessionnaires dans les provisions techniques

390 Provisions d'assurance vie (Vie).

391 Provisions pour cotisations non acquises (Non-vie).

392 Provisions pour sinistres à payer (Vie).

393 Provisions pour sinistres à payer (Non-vie).

394 Provisions pour participation aux excédents et ristournes (Vie).

395 Provisions pour participation aux excédents et ristournes (Non-vie).

396 Provisions pour égalisation.

3960 Vie.

3962 Non-vie.

397 Autres provisions techniques.

3970 Vie.

3972 Non vie.

398 Provisions techniques des opérations en unités de compte.

Classe 4 - Comptes de tiers et de régularisation.

40 Créances et dettes (opérations directes)

400 Cotisations restant à émettre.

401 Cotisations à annuler.

402 Adhérents et/ou participants.

403 Intermédiaires.

404 Comptes courants des coassureurs.

408 Autres tiers.

41 Créances et dettes (réassurance)

410 Comptes courants des cessionnaires et rétrocessionnaires.

4100 Entreprises liées.

4101 Entreprises avec lesquelles existe un lien de participation.

4102 Autres.

411 Comptes courants des cédantes et rétrocédantes.

4110 Entreprises liées.

4111 Entreprises avec lesquelles existe un lien de participation.

4112 Autres.

412 Intermédiaires de réassurance et autres intermédiaires.

42 Personnel et comptes rattachés

43 Sécurité sociale et autres organismes sociaux

44 Etat et autres collectivités publiques

46 Débiteurs et créiteurs divers

460 Entreprises liées.

461 Entreprises avec lesquelles existe un lien de participation.

462 Autres.

48 Comptes de régularisation

480 Intérêts et loyers acquis et non échus.

4800 Intérêts courus.

4801 Loyers courus.

481 Frais d'acquisition reportés.

4810 Vie.

4812 Non-vie.

482 Charges à répartir sur plusieurs exercices.

4820 Frais d'acquisition des immeubles à répartir.

483 Autres comptes de régularisation - actif.

4830 Différences sur les prix de remboursement à percevoir.

484 Produits à répartir sur plusieurs exercices.

485 Autres comptes de régularisation - passif.

4850 Amortissement des différences sur les prix de remboursement 4855 Report de commissions reçues des réassureurs.

487 Evaluations techniques de réassurance.

489 Ecart de conversion :

4896 Ecart de conversion-actif.

4897 Ecart de conversion-passif.

49 Provisions pour dépréciation.

Classe 5 - Autres actifs.

50 Actifs incorporels

500 Frais d'établissement.

508 Autres immobilisations incorporelles.

51 Actifs corporels d'exploitation

510 Dépôts et cautionnements.

511 Autres immobilisations corporelles.

52 Avoirs en banque, CCP et caisse

58 Amortissements

59 Provisions pour dépréciation.

Classe 6 - Charges.

60 Prestations et frais payés

600 Prestations et frais payés (opérations directes Vie).

6000 Sinistres et capitaux payés.

6001 Versements périodiques de rentes.

6002 Rachats.

6004 Participations aux excédents directement incorporées et intérêts techniques inclus dans les prestations versées.

6005 Commissions de gestion.

6008 Autres frais de gestion des sinistres et de règlement des prestations.

602 Prestations et frais payés (opérations directes Non-vie).

6020 Sinistres en principal.

6021 Versements périodiques de rentes.

6023 Recours et sauvetages encaissés.

6024 Participations aux excédents directement incorporées et intérêts techniques inclus dans les prestations versées.

6025 Commissions de gestion.

6028 Autres frais de gestion des sinistres et de règlement des prestations.

604 Prestations et frais payés (acceptations Vie).

6040 Sinistres et capitaux payés.

6041 Versements périodiques de rentes.

6042 Rachats.

6044 Participations aux excédents directement incorporées et intérêts techniques inclus dans les prestations versées.

6045 Commissions de gestion.

6048 Autres frais de gestion des sinistres et de règlement des prestations.

605 Prestations et frais payés (acceptations Non-vie).

6050 Sinistres en principal.

6051 Versements périodiques de rentes.

6054 Participations aux excédents directement incorporées et intérêts techniques inclus dans les prestations versées.

6055 Commissions de gestion.

6058 Autres frais de gestion des sinistres et de règlement des prestations.

609 Part des réassureurs.

6090 Opérations directes Vie.

6092 Opérations directes Non-vie.

6094 Acceptations Vie.

6095 Acceptations Non-vie.

61 Variation des provisions pour sinistres à payer (PSP)

610 Opérations directes Vie.

6100 Variation des provisions.

6104 Participations aux excédents directement incorporées et intérêts techniques inclus dans la PSP.

612 Opérations directes Non-vie.

6120 Variation des provisions.

6123 Variation des prévisions de recours.

6124 Participations aux excédents directement incorporées et intérêts techniques inclus dans la PSP.

614 Acceptations Vie.

6140 Variation des provisions.

6144 Participations aux excédents directement incorporées et intérêts techniques inclus dans la PSP.

615 Acceptations Non-vie.

6150 Variation des provisions.

6154 Participations aux excédents directement incorporées et intérêts techniques inclus dans la PSP.

619 Part des réassureurs.

6190 Opérations directes Vie.

6192 Opérations directes Non-vie.

6194 Acceptations Vie.

6195 Acceptations Non-vie.

62 Variation des autres provisions techniques

620 Variation des provisions d'assurance vie.

6200 Opérations directes Vie.

62000 Variation des provisions.

62004 Intérêts techniques et participations aux excédents directement incorporées.

6204 Acceptations Vie.

62040 Variation des provisions.

62044 Intérêts techniques et participations aux excédents directement incorporées.

621 Variation des autres provisions techniques.

6210 Autres provisions techniques (Vie).

62100 Variation des provisions pour aléas financiers.

62108 Variation des provisions pour risque d'exigibilité des engagements techniques.

6212 Autres provisions techniques (Non-vie).

62120 Variation des provisions pour risques croissants.

62121 Variation des provisions mathématiques des rentes.

62122 Variation des provisions pour risques en cours.

62124 Intérêts techniques et participations aux excédents directement incorporées.

62128 Variation des provisions pour risque d'exigibilité des engagements techniques.

6217 Variation des engagements pris au titre de la branche mentionnée au 25 de l'article R. 931-2-1.

623 Variation des provisions techniques des opérations en unité de compte.

6230 Variation des provisions mathématiques.

6234 Intérêts techniques et participations aux excédents directement incorporées.

624 Variation des provisions pour égalisation.

6240 Opérations directes Vie.

6242 Opérations directes Non-vie.

6244 Acceptations Vie.

6245 Acceptations Non-vie.

629 Part des réassureurs.

6290 Provisions d'assurance vie.

6291 Autres provisions techniques.

62910 Vie.

62912 Non-vie.

6293 Provisions des opérations en unités de compte.

6294 Provisions pour égalisation.

62940 Vie.

62942 Non-vie.

63 Participations aux résultats

630 Opérations directes Vie.

6300 Intérêts techniques inclus dans les prestations versées.

6301 Intérêts techniques inclus dans les provisions pour sinistres à payer.

6302 Intérêts techniques incorporés aux provisions d'assurance vie et aux provisions techniques des opérations en unité de compte.

6303 Participations aux excédents directement incorporées aux prestations versées.

6304 Participations aux excédents directement incorporées aux provisions pour sinistres à payer.

6305 Participations aux excédents directement incorporées aux provisions d'assurance vie et aux provisions techniques des opérations en unités de compte.

6306 Dotations aux provisions pour participation aux excédents et ristournes (y compris opérations en unités de compte).

6309 Utilisations des provisions pour participation aux excédents et ristournes.

63093 Participations versées.

63094 Participations incorporées aux provisions pour sinistres à payer.

63095 Participations incorporées aux provisions d'assurance vie et aux provisions techniques des opérations en unités de compte.

632 Opérations directes Non-vie.

6320 Intérêts techniques inclus dans les versements périodiques de rentes.

6321 Intérêts techniques incorporés aux provisions mathématiques des rentes.

6323 Participations aux excédents directement incorporées aux prestations versées.

6324 Participations aux excédents directement incorporées aux provisions pour sinistres à payer.

6326 Dotations aux provisions pour participation aux excédents et ristournes.

6329 Utilisations de provision pour participation aux excédents et ristournes.

63293 Participations versées.

63294 Participations incorporées aux provisions pour sinistres à payer.

63297 Ristournes sur cotisations.

634 Acceptations Vie.

6340 Intérêts techniques inclus dans les prestations versées.

6341 Intérêts techniques inclus dans les provisions pour sinistres à payer.

6342 Intérêts techniques incorporés aux provisions d'assurance vie.

6343 Participations aux excédents directement incorporées aux prestations versées.

6344 Participations aux excédents directement incorporées aux provisions pour sinistres à payer.

6345 Participations aux excédents directement incorporées aux provisions d'assurance vie.

6346 Dotations aux provisions pour participation aux excédents et ristournes (y compris opérations en unités de compte).

6349 Utilisations de provisions pour participation aux excédents et ristournes.

63493 Participations versées.

63494 Participations incorporées aux provisions pour sinistres à payer.

63495 Participations incorporées aux provisions d'assurance vie et aux provisions techniques des opérations en unités de compte.

635 Acceptations Non-vie.

6350 Intérêts techniques inclus dans les versements périodiques de rentes.

6351 Intérêts techniques incorporés aux provisions mathématiques des rentes.

6353 Participations aux excédents directement incorporées aux prestations versées.

6354 Participations aux excédents directement incorporées aux provisions pour sinistres à payer.

6356 Dotations aux provisions pour participation aux excédents et ristournes.

6359 Utilisations de provisions pour participation aux excédents et ristournes.

63593 Participations versées.

63594 Participations incorporées aux provisions pour sinistres à payer.

63597 Ristournes sur cotisations.

639 Part des réassureurs.

6390 Opérations directes Vie.

6392 Opérations directes Non-vie.
6394 Acceptations Vie.
6395 Acceptations Non-vie.
64 Frais d'exploitation
640 Frais d'exploitation (Vie).
6400 Frais d'acquisition.
64005 Commissions.
64008 Autres charges.
64009 Variation des frais d'acquisition reportés.
6402 Frais d'administration.
64025 Commissions.
64028 Autres charges.
642 Frais d'exploitation (Non-vie).
6420 Frais d'acquisition.
64205 Commissions.
64208 Autres charges.
64209 Variation des frais d'acquisition reportés.
6422 Frais d'administration.
64225 Commissions.
64228 Autres charges.
644 Autres charges techniques (Vie).
6445 Commissions.
6448 Autres charges.
645 Autres charges techniques (Non-vie).
6455 Commissions.
6458 Autres charges.
649 Commissions reçues des réassureurs.
6490 Opérations directes Vie.

6492 Opérations directes Non-vie.

6494 Acceptations Vie.

6495 Acceptations Non-vie.

65 Charges non techniques

650 Action sociale.

6500 Allocations et attributions du conseil d'administration.

6506 Frais d'exploitation.

655 Commissions.

658 Autres charges.

66 Charges des placements

660 Intérêts.

6600 Sur dépôts reçus des réassureurs.

6601 Sur emprunts.

6602 Sur dettes à l'égard d'établissements de crédit.

6603 Autres.

662 Frais externes de gestion.

663 Frais internes de gestion.

664 Pertes sur réalisation et réévaluation de placements.

6640 Réalisations de placements.

6642 Réévaluations.

6645 Dotations à la réserve de capitalisation.

665 Pertes de change.

6652 Dotations à la provision pour pertes de change.

666 Ajustement de valeur des actifs représentatifs des opérations en unités de compte (moins-values non réalisées).

668 Amortissements financiers.

6681 Amortissements des primes de remboursement des emprunts.

6683 Amortissements des différences de prix de remboursement.

6685 Amortissements des frais d'acquisition à répartir des immeubles.

669 Dotations aux amortissements et aux provisions pour dépréciation des placements.

6693 Amortissements des immeubles.

6696 Provisions pour dépréciation des placements.

67 Charges exceptionnelles

670 Dotation de l'exercice à l'amortissement de l'emprunt pour fonds d'établissement.

672 Dotation de l'exercice à la provision pour investissement.

673 Dotation de l'exercice aux autres provisions réglementées.

674 Autres charges exceptionnelles.

675 Dotation de l'exercice à la provision pour charges exceptionnelles.

676 Dotation de l'exercice à la provision pour dépréciations exceptionnelles.

69 Autres opérations du compte non technique

695 Impôts sur le résultat.

Classe 7 - Produits.

70 Cotisations

700 Cotisations Vie (opérations directes).

7000 Cotisations périodiques émises.

7001 Cotisations à versement unique émises.

70010 Cotisations normales.

70016 Majorations ou pénalités de retard.

7002 Annulations effectuées.

7004 Variation des cotisations restant à émettre.

7005 Variation des cotisations à annuler.

702 Cotisations Non-vie (opérations directes).

7020 Cotisations émises.

70200 Cotisations normales.

70206 Majorations ou pénalités de retard.

7022 Annulations effectuées.

7023 Ristournes sur cotisations.

7024 Variation des cotisations restant à émettre.

7025 Variation des cotisations à annuler.

704 Cotisations Vie (acceptations).

705 Cotisations Non-vie (acceptations).

708 Cotisations cédées.

7080 Opérations directes Vie.

7082 Opérations directes Non-vie.

7084 Acceptations Vie.

7085 Acceptations Non-vie.

709 Variation de la provision pour cotisations non acquises (Non-vie).

7092 Opérations directes.

7095 Acceptations.

7099 Part des réassureurs.

70992 Opérations directes.

70995 Acceptations.

72 Production immobilisée

720 Vie.

722 Non-vie.

73 Subventions d'exploitation

730 Vie.

732 Non-vie.

74 Autres produits techniques

740 Vie.

742 Non-vie.

75 Produits non techniques

750 Honoraires et commissions.

751 Récupérations.

752 Utilisations ou reprises de provisions.

753 Variation des dotations à la provision pour risque d'exigibilité restant à constater.

756 Autres produits.

76 Produits des placements

760 Revenus des placements.

762 Honoraires et commissions sur activité de gestion d'actifs.

764 Profits provenant de la réalisation ou de la réévaluation des placements.

7641 Réalisations des placements.

7642 Réévaluations.

7645 Reprises sur la réserve de capitalisation.

765 Profits de change.

7652 Reprise sur la provision pour perte de change.

766 Ajustement de valeur des actifs représentatifs des opérations en unités de compte (plus-values non réalisées).

768 Produits des différences sur les prix de remboursement à percevoir.

769 Reprises de provisions pour dépréciation des placements.

77 Produits exceptionnels

772 Reprises de la provision pour investissement.

773 Reprises sur autres provisions réglementées.

774 Autres produits exceptionnels.

775 Utilisations ou reprises de provisions pour charges exceptionnelles.

776 Utilisations ou reprises de provisions pour dépréciations exceptionnelles.

79 Transferts

7920 Produits des placements alloués du compte non technique (compte technique Non-vie).

7929 Produits des placements transférés au compte technique Non vie (compte non technique).

7930 Produits des placements alloués du compte technique Vie (compte non technique).

7939 Produits des placements transférés au compte non technique (compte technique Vie).

Classe 8 - Comptes spéciaux.

80 Engagements reçus et donnés.

841 Position de change hors bilan.

842 Contre-valeur de position de change hors bilan.

88 Résultat en instance d'affectation.

Classe 9 - Charges par nature.

Article Annexe à l'article A931-11-9 (3e alinéa) Annexe II

REGLES D'UTILISATION DES COMPTES.

1. Les entreprises liées à une institution de prévoyance ou une union d'institutions de prévoyance sont les entreprises françaises ou étrangères remplissant les conditions prévues par les articles L. 233-16 et L. 233-18 du code de commerce pour être incluses par intégration globale ou par agrégation dans l'ensemble consolidé ou combiné auquel appartient par intégration globale ou par agrégation l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions de prévoyance en application des mêmes dispositions à l'exclusion des entreprises autres que d'assurance qui peuvent être laissées en dehors de la consolidation en application du 1° ou du 2° du paragraphe II de l'article L. 233-19 du code de commerce ou de la combinaison.

2. Les entreprises avec lesquelles l'entreprise d'assurance ou de réassurance a un lien de participation sont les entreprises autres que les entreprises liées, dans lesquelles l'institution ou l'union détiennent directement ou indirectement une participation au sens de l'article 20 du décret n° 83-1020 du 29 novembre 1983 lorsque les titres représentent au moins 10 % du capital ou lorsqu'ils ont été acquis par offre publique d'achat ou d'échanges.

3. Les règles d'utilisation des comptes sont les suivantes :

I.-Classe 1.

1.L'amortissement annuel de l'emprunt pour fonds d'établissement est porté en charge par le crédit du compte 102 pour la part remboursée dans l'exercice et du compte 10642 pour la part non remboursée.

2. Les passifs subordonnés portés au compte 160 sont les titres émis et les dettes de toutes natures, venant à un rang inférieur à tous les autres créanciers. Par ailleurs, au compte divisionnaire 165, sont indiqués, en tant que de besoin, au sous-compte 1657, pour leur valeur nominale, les éléments remboursables constitutifs de la composante dépôt au titre des opérations dites " de réassurance finite " mentionnées à l'article L. 931-1-1 et des opérations réassurance purement financières.

3. Les écarts résultant de la conversion des emprunts libellés en devises et affectés au financement dans les mêmes devises des titres de participation ou des titres dans des entreprises liées ainsi que des dotations des succursales étrangères bénéficiant d'une autonomie économique et financière sont inscrits à un sous-compte rattaché au compte 16.

II-Classe 2.

1. Les acomptes versés sur placements immobiliers sont portés à des comptes rattachés aux comptes concernés. Sont considérées comme acomptes versés toutes avances non capitalisées à des sociétés immobilières non cotées.

2. Les parts de sociétés immobilières cotées sont des placements financiers ; les parts de sociétés immobilières non cotées sont des placements immobiliers.

3. Les placements représentant les provisions techniques afférentes aux opérations en unités de compte sont portés en compte 24, quelle que soit leur nature. Les placements immobiliers autres que ceux portés au compte 24 sont portés aux comptes 21 ou 22. Les écarts résultant de la conversion des titres de participation ou des titres dans des entreprises liées négociés en devises sont inscrits à des sous-comptes rattachés respectivement aux comptes 260 et 250. Les placements dans des entreprises liées ou dans des entreprises avec lesquelles existe un lien de participation autres que ceux portés au compte 24, sont portés respectivement aux comptes 25 et 26. Sont portés aux sous-comptes du compte 23, en fonction de leur nature, tous les placements qui ne figurent dans aucun autre compte de la classe 2.

4. Les institutions ou unions pratiquant des opérations en unités de compte les enregistrent sur titres de toutes natures et parts de sociétés dans les conditions ci-après :

4. 1. Opérations d'acquisition et de cession de titres et parts. Les titres de toutes natures et parts de sociétés acquis en cours d'exercice sont inscrits à des sous-comptes d'attente rattachés à chacun des sous-comptes par nature des comptes 21, 22, 23, 25 et 26.

Les cessions en cours d'exercice sont imputées par priorité sur les titres et parts inscrits, au bilan du dernier exercice clos, aux comptes 21, 22, 23, 25 et 26 ; puis, après épuisement, sur les titres et parts acquis en cours de l'exercice ; puis, après épuisement, sur les titres et parts inscrits, au bilan du dernier exercice clos, au compte 24. Les sorties de titres et parts en cours d'exercice liées à la remise de titres ou parts aux participants dans le cadre d'opérations en unités de compte sont imputées par priorité sur les titres et parts acquis au cours de l'exercice ; puis, après épuisement, sur les titres et parts inscrits, au bilan du dernier exercice clos, au compte 24 ; puis après épuisement, sur les titres et parts inscrits au bilan du dernier exercice clos aux autres comptes de la classe 2.

Lorsque, en application du précédent alinéa, les cessions ou sorties sont imputées sur les titres et parts inscrits au compte 24, les titres et parts cédés font l'objet, préalablement à l'enregistrement comptable de la cession, d'une réévaluation à la valeur de réalisation du jour ; les plus et moins-values constatées à cette occasion sont passées aux comptes 766 et 666.

Aucun virement entre le compte 24 et les autres comptes de la classe 2 n'est autorisé en dehors des opérations d'inventaire.

4. 2. Opérations d'inventaire.

a) A l'inventaire, les sous-comptes d'attente sont soldés dans les conditions suivantes :

Les titres et parts inscrits à ces sous-comptes sont, par priorité, virés au compte 24 jusqu'à concurrence de ce qui est exactement nécessaire à la stricte congruence avec les engagements en unités de compte existant à la date de l'arrêté des comptes ;

Les titres et parts restant inscrits en sous-comptes d'attente après réalisation des virements au compte 24 sont virés à chacun des sous-comptes par nature des comptes 21, 22, 23, 25 et 26 auxquels sont rattachés les sous-comptes d'attente.

b) Si le virement au compte 24 de l'intégralité des titres et parts inscrits aux sous-comptes d'attente ne suffit pas à assurer la stricte congruence avec les engagements en unités de compte, les titres et parts exactement nécessaires pour assurer cette congruence sont virés des sous-comptes par nature des comptes 21, 22, 23, 25 et 26 vers le compte 24.

Si, en sens inverse, il apparaît qu'en raison d'une réduction des engagements en unités de compte depuis le précédent inventaire les titres et parts inscrits en compte 24 sont en excédent par rapport à ce qui serait exactement nécessaire à la stricte congruence avec les engagements existant à la date de l'arrêté des comptes,

les titres et parts en excédent sont virés du compte 24 vers les sous-comptes par nature des comptes 21, 22, 23, 25 et 26.

c) Les opérations mentionnées aux a et b ci-dessus sont valorisées dans les conditions suivantes :

-les sorties de titres et parts sont valorisées selon les mêmes modalités qu'en cas de cession ;

-les titres et parts entrent aux comptes 21, 22, 23, 25 et 26 à leur valeur de sortie du sous-compte d'attente ou du compte 24 ;

-les titres et parts entrent au compte 24 à une valeur unitaire égale au prix moyen pondéré de souscription des unités de compte acquises par la clientèle depuis le précédent inventaire ; les plus et moins-values constatées à cette occasion sont portées aux comptes 7642 et 6642.

4. 3. Régime dérogatoire. Lorsqu'une institution ou une union en fait la demande, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut la dispenser de l'utilisation de sous-compte d'attente si elle estime que ladite institution ou union dispose des moyens techniques et des procédures internes garantissant une stricte congruence à tout moment, sans excédent ni déficit, du portefeuille d'actifs inscrits en compte 24 avec les engagements en unités de compte, ainsi que la correcte passation des écritures comptables dans les conditions définies ci-après.

L'institution ou l'union ayant obtenu une telle dispense n'est pas soumise aux dispositions du 4. 1 et du 4. 2 ci-dessus.

Les titres et parts affectés à la couverture des engagements en unités de compte sont inscrits au compte 24, en permanence à hauteur de la quantité exactement nécessaire pour assurer une stricte congruence avec les engagements.

Les titres et parts acquis en cours d'exercice sont directement enregistrés selon leur destination, au compte 24 ou aux autres comptes de la classe 2, les cessions de titres et parts sont imputées directement, soit sur le compte 24, lorsqu'il y a excédent de couverture des engagements en unités de compte, soit sur les autres comptes de la classe 2 dans les autres cas.

Les entrées et sorties de titres et parts nécessaires pour obtenir la stricte congruence à tout moment avec les engagements en unités de compte, lorsqu'elles ne sont pas réalisées par acquisitions ou cessions imputées sur le compte 24, sont réalisées par virement entre le compte 24 et les autres comptes de la classe 2.

En cas de sortie par cession ou par virement de titres ou parts inscrits au compte 24, les titres ou parts concernés font l'objet, préalablement à l'enregistrement comptable de l'opération, d'une réévaluation à la valeur de réalisation du jour ; les plus ou moins-values constatées à cette occasion sont passées respectivement aux comptes 766 et 666.

Les titres et parts virés au compte 24 entrent à ce compte à leur valeur de réalisation du jour ; les plus et moins-values constatées à cette occasion sont passées respectivement aux comptes 7642 et 6642.

Lorsque l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution constate que les procédures internes ou les moyens mis en oeuvre ne répondent plus ou s'avèrent en pratique insuffisants pour répondre aux exigences prévues ci-dessus, elle notifie à l'institution ou l'union le retrait de la dispense et l'obligation de rétablir, dans le délai qu'elle fixe, l'utilisation des sous-comptes d'attente.

4. 4. Réestimation à l'inventaire des actifs inscrits en compte 24. Après réalisation des opérations prévues au 2 ci-dessus ou, pour les institutions ou les unions bénéficiant de la dispense prévue au 3, après arrêté des opérations du compte 24, l'ensemble des titres et parts inscrits à ce compte fait l'objet d'une réévaluation à leur valeur de réalisation au jour de l'inventaire.

Les plus et moins-values constatées à cette occasion sont inscrites respectivement aux comptes 766 et 666.

5. Sont considérés comme titres à revenu variable les titres dont le revenu dépend, directement ou indirectement, du résultat ou d'un élément du résultat de l'émetteur.

6. Sont considérés comme titres à revenu fixe les titres autres que les titres à revenu variable et, notamment, les obligations à taux fixe ou variable, les obligations indexées, les titres participatifs, les titres de créance négociables...

7. La partie non libérée d'un placement est portée à un compte rattaché au compte où est comptabilisé ce placement.

8. Sont portés au compte 2332 les dépôts de toutes natures auprès des établissements de crédit autres que les dépôts à vue.

9. Sont portés au compte 237, pour leur valeur nominale, les éléments remboursables constitutifs de la composante dépôt au titre des opérations dites " de réassurance finite " mentionnées à l'article L. 310-1-1 et des opérations de réassurance purement financière.

III-Classe 3.

1. Le sous-compte 3001 ne comporte pas les charges futures déjà prises en compte dans le calcul des provisions mathématiques.

2. Les provisions pour frais de gestion des sinistres sont portées à des sous-comptes distincts rattachés aux comptes correspondant au principal du sinistre. Les provisions pour sinistres tardifs sont portées à des sous-comptes distincts des comptes 320, 324, 332 et 335.

3. Les provisions pour participation aux excédents et ristournes (compte 34) couvrent la totalité des droits définitivement acquis aux participants, mais non encore attribués à titre définitif, à l'exception de ceux afférents à des opérations en unités de compte, et eux-mêmes libellés en unités de compte, qui sont portés au compte 385.

4. Les provisions des opérations en unités de compte (compte 38) comportent l'ensemble des provisions relatives à des opérations en unités de compte (y compris, le cas échéant, les provisions pour participation aux excédents libellés en unités de compte), à l'exclusion de ceux des engagements nés de telles opérations qui ne sont pas libellés en unités de compte (garanties annexes, sinistres ou rachats dont le montant a été liquidé en francs, etc.) qui sont alors enregistrés aux comptes 30 ou 32.

5. Pour les institutions et unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1, la provision pour risque d'exigibilité des engagements techniques est répartie entre Vie (compte 3703) et Non-vie (compte 3723) au prorata de l'ensemble des autres provisions techniques brutes (comptes 30 à 37).

6. La part des cessionnaires et rétrocessionnaires est comptabilisée selon une nomenclature aussi détaillée que celle retenue par l'institution ou l'union pour la comptabilisation des provisions.

IV-Classe 4.

Des sous-comptes sont créés par compte de tiers, en tant que de besoin, par nature de créance et de dette et par contrepartie.

Le sous-compte 487 concerne la réassurance acceptée ; il est utilisé en contrepartie des éléments estimés des comptes non reçus des cédantes en application de l'article R. 931-10-39.

Le sous-compte 489 enregistre les écarts de conversion, à l'inventaire, relatifs aux dotations en devises des succursales étrangères bénéficiant d'une autonomie économique et financière, aux opérations sur instruments financiers à terme de devises et aux opérations courantes en devises non liquides de l'activité d'assurance ou de réassurance.

V.-Classe 5.

Le compte 51 inclut les dépôts auprès des fournisseurs.

Le compte 52 inclut l'ensemble des comptes à vue, ainsi que les effets à l'encaissement.

VI-Classe 6.

1. Les charges des institutions ou des unions sont en principe des charges techniques.

Toutefois :

-les charges qui peuvent être individualisées et affectées en totalité de manière univoque et sans application de clé de répartition, à une activité non technique, peuvent par exception être portées en charges non techniques : les activités non techniques sont les activités sans lien technique avec l'activité d'assurance, notamment l'action sociale ; ne peuvent être considérées comme activités non techniques les activités de prestation de services telles que la prévention, la souscription ou la gestion d'opérations d'assurance pour le compte d'autres institutions ou unions, de mutuelles régies par le code de la mutualité ou d'entreprises régies par le code des assurances, ou la mise à disposition de tiers de moyens de gestion ordinairement affectés à l'exploitation ;

-les opérations qui, par nature, ont un caractère non récurrent et étranger à l'exploitation, notamment les charges résultant de cas de force majeure étrangère à l'exploitation, sont portées en charges exceptionnelles.

Les charges techniques sont classées par destination :

-les frais de règlement des sinistres incluent notamment les frais des services de liquidation ou exposés à leur profit, les commissions versées au titre de la gestion des sinistres, les frais de contentieux liés aux sinistres ;

-les frais d'acquisition incluent notamment les frais des services chargés du développement et de l'établissement des bulletins d'adhésion et des contrats ou exposés à leur profit ;

-les frais d'administration incluent notamment les commissions d'opération, de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés du " terme ", de la surveillance du portefeuille, de la réassurance acceptée et cédée ou exposés à leur profit, ainsi que les frais de contentieux liés aux cotisations ;

-les charges des placements incluent notamment les frais des services de gestion des placements, y compris les honoraires, commissions et courtages versés ;

-les autres charges techniques sont celles qui ne peuvent être affectées ni directement ni par application d'une clé à l'une des destinations définies par le plan comptable, notamment les charges de direction générale.

2.L'enregistrement initial des charges est effectué par nature aux comptes de la classe 9. Les comptes de la classe 9 sont soldés selon une périodicité, fixée par l'institution ou l'union, qui ne peut être supérieure à trois mois, par enregistrement des charges aux comptes par destination.

L'enregistrement des charges aux comptes par destination doit être effectué individuellement et sans application des clés forfaitaires pour ce qui concerne les charges directement affectables à une destination ; lorsqu'une charge a plusieurs destinations ou n'est pas directement affectable, elle est affectée aux différents

comptes par destination par application d'une clé de répartition, justifiée au moins à chaque clôture d'exercice. Les clés retenues doivent être fondées sur des critères quantitatifs objectifs, appropriés et contrôlables, directement liés à la nature des charges. Les procédures d'affectation des charges aux comptes par destination ainsi que les modalités de calcul des clés de répartition font partie intégrante du système d'information comptable et doivent être définies de manière explicite dans la documentation interne de l'institution ou de l'union ; leur mise en oeuvre doit être contrôlable.

3. Pour les institutions ou les unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1, l'affectation des charges aux comptes relatifs aux opérations Vie et aux comptes relatifs aux opérations Non-vie s'effectue, à partir des comptes de charges par nature, selon la même périodicité et les mêmes modalités que l'affectation par destination.

4. Les remboursements de frais sont portés à des sous-comptes séparés de chaque compte de charge correspondant. Les loyers sur immeubles d'exploitation dont l'institution ou l'union est propriétaire sont portés en charge de manière distincte. Sauf lorsqu'un compte spécifique est prévu, les mouvements des comptes de régularisation (compte 48) sont portés à des sous-comptes distincts rattachés aux comptes de charges ou de produits correspondants.

Aux comptes 60, 64 et 65, les sous-comptes intitulés " Autres frais " ou " Autres charges " incluent notamment les provisions pour dépréciation des créances d'exploitation et l'amortissement des matériels d'exploitation ; ils doivent comporter des sous-comptes rattachés retraçant leurs différentes composantes (frais internes, frais externes, dotations aux provisions et aux amortissements).

5. Des sous-comptes distincts retraçant les entrées et sorties de portefeuille (opérations collectives, acceptations et cessions) sont rattachés aux comptes de prestations et frais payés. Les transferts de portefeuille soumis à autorisation administrative ne sont pas considérés comme entrées ou sorties de portefeuille pour l'application de cette règle : ils sont comptabilisés directement aux comptes de classes 1 à 5.

Les comptes 6004, 6024, 6044, 6054, 6104, 6124, 6144, 6154, 62004, 62044, 62124 et 6234 comportent des sous-comptes rattachés retraçant leur différentes composantes (participations aux excédents, d'une part, intérêts techniques, d'autre part).

Les charges techniques et variations de provision pour sinistres relatives aux opérations mentionnées à l'article L. 932-24 sont portées à des sous-comptes rattachés aux comptes relatifs aux opérations Vie.

6. Les intérêts techniques et les participations aux excédents et ristournes sont débités, selon le cas, au sous-compte pertinent du compte 63 (charges de l'exercice) ou du compte 34 ou 385 (provision pour participation aux excédents et ristournes) par le crédit du sous-compte pertinent des comptes 60, 61, 62 ou 70 (intérêts techniques et participations aux excédents directement incorporées), du compte 34 ou 385 (provision pour participation aux excédents et ristournes) ou du compte 63 (utilisation de provision pour participation aux excédents et ristournes).

Des sous-comptes retraçant la part des réassureurs sont créés en tant que de besoin et mouvementés symétriquement dans les mêmes conditions.

VII-Classe 7.

1. Les produits des institutions et des unions sont, en principe, des produits techniques. Toutefois, les produits non techniques et les produits exceptionnels sont enregistrés aux comptes 75 et 77 dans les mêmes conditions que les charges non techniques et les charges exceptionnelles aux comptes 65 et 67 (voir VI ci-dessus).

2. Les produits des placements sont portés dans des sous-comptes rattachés aux comptes et sous-comptes 760 à 769, détaillés par nature de placement sur le modèle des comptes principaux et comptes divisionnaires de la classe 2.

Le compte 7642 (comme 6642) est utilisé dans le cadre des opérations prévues par les articles R. 931-10-43 (premier alinéa du II) et R. 931-10-44 (troisième alinéa).

3. Des sous-comptes distincts retraçant les entrées et sorties de portefeuille (opérations collectives, acceptations et cessions) sont rattachés aux comptes de cotisations et de variation de provisions correspondants. Les transferts de portefeuille soumis à autorisation administrative ne sont pas considérés comme entrées ou sorties de portefeuille pour l'application de cette règle ; ils sont comptabilisés directement aux comptes de classes 1 à 5.

Les cotisations relatives aux opérations mentionnées à l'article L. 932-24 sont portées à des sous-comptes des comptes correspondants relatifs aux opérations Vie.

4. Les sous-comptes du compte 79 sont mouvementés à l'inventaire de la manière suivante :

a) Le solde global en fin d'exercice des comptes 66 (hors compte 666) et 76 (hors compte 766) est calculé extra-comptablement ;

b) Le solde global à la clôture des comptes de la classe 3 et du compte 10645 est calculé extra-comptablement ;

c) Le solde global à la clôture des comptes 10 (sauf 10645), 11, 12, 14 et 15 est calculé extracomptablement ;

d) Pour les institutions et unions agréées pour pratiquer les opérations visées au a de l'article L. 931-1, le montant calculé en c est rapporté au total du montant calculé en b et du montant calculé en c. Le montant calculé en a est multiplié par ce rapport. Le montant ainsi obtenu est débité au compte 7939 par le crédit du compte 7930 ;

e) Pour les institutions et unions agréées pour pratiquer les opérations visées aux b et / ou au c de l'article L. 931-1, le montant calculé en b est rapporté au total du montant calculé en b et du montant calculé en c. Le montant calculé en a est multiplié par ce rapport. Le montant ainsi obtenu est débité au compte 7929 par le crédit du compte 7920 ;

f) Pour les institutions et unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1 :

f 1. Le solde global des comptes 30, 32, 34, 36 (Vie), 370, 374, 377 et 38, net du solde global des comptes correspondants du compte 39, est calculé extra-comptablement ;

f 2. Le montant calculé en f 1 est rapporté au total du montant calculé en b et du montant calculé en c ;

f 3. Les soldes en fin d'exercice des comptes 760, 762, 764, 765, 768, 769, 660, 662, 663, 664, 665, 668 et 669 sont multipliés par ce rapport ;

f 4. Les soldes des comptes mentionnés en f 3 sont portés, par éclatement, aux postes II 2 et II 9, d'une part, aux postes III 3 et III 5, d'autre part, de la manière suivante :

-les montants calculés en f 3 sont portés aux postes II 2 et II 9 ;

-les soldes des comptes diminués des montants calculés en f 3 sont portés aux postes III 3 et III 5 ;

f 5. Le montant calculé en b est diminué du montant calculé en f 1. Le montant net ainsi calculé est rapporté au total du montant calculé en b et du montant calculé en c diminué du montant calculé en f 1. Le montant porté au poste III 3 diminué du montant porté au poste III 5 est multiplié par ce rapport. Le montant ainsi obtenu est débité du compte 7929 par le crédit du compte 7920.

VIII-Classe 8.

Des sous-comptes du compte 80 sont créés, en tant que de besoin, pour retracer l'ensemble des opérations pour compte de tiers et des engagements reçus et donnés, notamment afin de pouvoir justifier des éléments portés au tableau des engagements reçus et donnés prévu à l'article R. 931-11-6 ou détaillés dans l'annexe.

IX-Classe 9.

Des comptes sont créés, en tant que de besoin, pour enregistrer par nature les charges de l'institution ou de l'union, selon les règles du plan comptable général. Ces comptes sont soldés périodiquement, dans les conditions définies au VI ci-dessus.

Article Annexe (1) à l'art. A931-11-11

MODELES TYPES DE COMPTES ANNUELS.

1° Bilan ;

2° Compte de résultat ;

3° Annexe.

Les sommes portées au bilan, au compte de résultat et à l'annexe sont arrondies au millier de francs le plus proche et exprimées en milliers de francs.

L'ensemble des lignes du bilan et du compte de résultat sont servies, de manière à faire ressortir clairement les sous-totaux par poste principal, d'une part, et, le cas échéant, par sous-poste, d'autre part.

1. BILAN

A. - Actif

	TOTAL	TOTAL N-1
A1 Actifs incorporels		
A2 Placements		
A2a Terrains et constructions		
A2b Placements dans des entreprises liées et dans des entreprises avec lesquelles existe un lien de participation		
A2c Autres placements		
A2d Créances pour espèces déposées auprès des entreprises cédantes		
A3 Placements représentant les provisions techniques afférentes aux opérations en unités de compte		
A4 Part des cessionnaires et retrocessionnaires dans les provisions techniques		
A4a Provisions pour cotisations non acquises (non-vie)		
A4b Provisions d'assurance vie		
A4c Provisions pour sinistres (vie)		

A4d Provisions pour sinistres (non vie)		
A4e Provisions pour participation aux excédents et ristournes (vie)		
A4f Provisions pour participation aux excédents et ristournes (non-vie)		
A4g Provisions pour égalisation (vie)		
A4h Provisions pour égalisation (non-vie)		
A4i Autres provisions techniques (vie)		
A4j Autres provisions techniques (non-vie)		
A4k Provisions techniques des opérations en unités de compte		
A5 Créances		
A5a Créances nées d'opérations directes		
A5aa Cotisations restant à émettre		
A5ab Autres créances nées d'opérations directes		
A5b Créances nées d'opérations de réassurance		
A5c Autres créances		
A5ca Personnel		
A5cb Etat, organismes sociaux, collectivités publiques		
A5cc Débiteurs divers		
A6 Autres actifs		
A6a Actifs corporels d'exploitation		
A6b Avoirs en banque, CCP et caisse		
A7 Comptes de régularisation. - Actif		
A7a Intérêts et loyers acquis non échus		
A7b Frais d'acquisition reportés (vie)		
A7c Frais d'acquisition reportés (non-vie)		
A7d Autres comptes de régularisation		
A8 Différence de conversion		
Total de l'actif		

B. - Passif

	TOTAL	TOTAL N - 1
B1 Fonds propres		
B1a Fonds d'établissement et de développement		
B1b Réserves de réévaluation		
B1c Autres réserves		
B1e Résultat de l'exercice		
B1f Subventions nettes		
B2 Passifs subordonnés		
B3 Provisions techniques brutes		
B3a Provisions pour cotisations non acquises (non-vie)		
B3b Provisions d'assurance vie		
B3c Provisions pour sinistres (vie)		
B3d Provisions pour sinistres (non-vie)		
B3e Provisions pour participation aux excédents et ristournes (vie)		
B3f Provisions pour participation aux excédents et ristournes (non-vie)		
B3g Provisions pour égalisation (vie)		
B3h Provisions pour égalisation (non-vie)		
B3i Autres provisions techniques (vie)		
B3j Autres provisions techniques (non-vie)		
B4 Provisions techniques des opérations en unités de compte		
B5 Provisions pour risques et charges		
B6 Dettes pour dépôts en espèces reçus des cessionnaires		
B7a Dettes nées d'opérations directes		

B7b Dettes nées d'opérations de réassurance		
B7c Dettes envers des établissements de crédit		
B7d Autres dettes		
B7da Autres emprunts, dépôts et cautionnements reçus		
B7db Personnel		
B7dc Etat, organismes sociaux, collectivités publiques		
B7dd Créditeurs divers		
B8 Comptes de régularisation. - Passif		
B9 Différence de conversion		
Total du passif		

C. - Tableau des engagements reçus et donnés

	N	N - 1
C1 Engagements reçus		
C2 Engagements donnés :		
C2a Avals, cautions et garanties de crédit donnés		
C2b Titres et actifs acquis avec engagement de revente		
C2c Autres engagements sur titres, actifs ou revenus		
C2d Autres engagements donnés		
C3 Valeurs reçues en nantissement des cessionnaires et retrocessionnaires		
C4 Valeurs remises par des organismes réassurés avec caution solidaire ou avec substitution		
C5 Valeurs appartenant à des organismes dans le cadre d'engagements pris au titre de la branche mentionnée au 25 de l'article R. 931-2-1		
C6 Valeurs appartenant à des unions d'institutions de prévoyance		
C7 Autres valeurs détenues pour le compte de tiers		

Règles de raccordement des comptes au bilan (actif)

POSTE	COMPTES raccordés	COMMENTAIRES
A1	50	Net des comptes 58 et 59 correspondants
A2a	21 et 22	Net des comptes 28 et 29 correspondants
A2b	25 et 26	Net des comptes 28 et 29 correspondants
A2c	23 sauf 235	Net des comptes 28 et 29 correspondants
A2d	235	Net des comptes 28 et 29 correspondants
A3	24	Net des comptes 28 et 29 correspondants
A4a	391	
A4b	390	
A4c	392	
A4d	393	
A4e	394	
A4f	395	
A4g	3960	
A4h	3962	
A4i	3970	
A4j	3972	
A4k	398	
A5aa	400 et 401	Valeur positive ou négative
A5ab	40 sauf 400 et 401	Soldes débiteurs nets du compte 49
A5b	41	Solde débiteur net du compte 49
A5ca	42	Solde débiteur net du compte 49
A5cb	43 et 44	Soldes débiteurs nets du compte 49
A5cc	46	Solde débiteur net du compte 49
A6a	51	Net des comptes 58 et 59
A6b	52	Net du compte 59

A7a	480	
A7b	4810	
A7c	4812	
A7d	482, 483 et 487	Soldes débiteurs
A8	47	Si le solde global est débiteur

Règles de raccordement des comptes au bilan (passif)

POSTE	COMPTES raccordés	COMMENTAIRES
B1a	102, 103 ou 18	
B1b	105	
B1c	106	
B1d	11	
B1e	12	
B1f	13	
B2	160	
B3a	31	
B3b	30	
B3c	32	
B3d	33	
B3e	34	
B3f	35	
B3g	360	
B3h	362	
B3i	370, 374 et 377	
B3j	372, 375 et 379.	
B4	38	
B5	14 et 15	
B6	17	
B7a	40 sauf 400 et 401	Soldes créditeurs.
B7b	41	Solde créditeur.
B7c	164	
B7da	162, 165 et 168	
B7db	42	Solde créditeur.
B7dc	43 et 44	Soldes créditeurs.
B7dd	46	Solde créditeur.
B8	484, 485 et 487	Soldes créditeurs.
B9	47	Si le solde global est créditeur.

Règles de raccordement des comptes au bilan (tableau des engagements reçus et donnés)

Postes C1, C2a à C2d, C3, C4, C5, C6 et C7 : raccordement aux sous-comptes du compte 80.

Commentaires particuliers :

POSTE	COMMENTAIRES
C2a	Toutes opérations non inscrites au passif du bilan par lesquelles l'institution ou l'union s'est engagée, de quelque manière que ce soit et quelle que soit la forme juridique, de manière ferme à se substituer à un débiteur.
C2b	Toutes opérations non inscrites au passif du bilan par lesquelles l'institution ou l'union s'est engagée à revendre, à des conditions fixées par avance, un actif inscrit au bilan.
C2c	Toutes opérations autres que celles visées au C2b par lesquelles l'institution ou l'union a pris un engagement d'acheter ou de vendre un actif, ou de verser un revenu, et notamment : - les garanties d'acquisition d'immeuble ; - les garanties de rachat ou d'achat de titres (garanties de liquidité) ; - les opérations sur le Matif et marchés assimilés, autres que les achats d'options, pour la valeur du sous-jacent ; - les engagements d'acheter ou de vendre à terme et tous contrats futurs fermes ou conditionnels de gré à gré, à l'exception des achats d'options, pour la valeur du sous-jacent ; - les échanges de taux d'intérêt, de devises ou d'actifs (swaps), pour le montant notionnel de l'échange.

C2d	Tous autres engagements donnés, et notamment les engagements de financement fermes non exercés susceptibles de créer un risque de crédit ou engagements pris au titre de l'action sociale.
C7	Y compris, notamment, valeur des OPCVM dont l'institution ou l'union est dépositaire.

Article Annexe (2) à l'art. A931-11-11

MODELES TYPES DE COMPTES ANNUELS.

2. COMPTE DE RESULTAT

I. - Compte technique des opérations Non-vie

	OPÉRATIONS brutes	CESSIONS et rétrocessions	OPÉRATIONS nettes	OPÉRATIONS nettes N-1
D1 Cotisations acquises				
D1a Cotisations				
D1b Charge des provisions pour cotisations non acquises				
D2 Produits des placements alloués du compte non technique				
D4 Charge des sinistres				
D4a Prestations et frais payés				
D4b Charge des provisions pour sinistres				
D5 Charge des autres provisions techniques				
D6 Participation aux résultats				
D7 Frais d'acquisition et d'administration				
D7a Frais d'acquisition				
D7b Frais d'administration				
D7c Autres charges techniques				
D8 Autres charges techniques				
D9 Charge de la provision pour égalisation				
Résultat technique des opérations Non-vie				

II. - Compte technique des opérations Vie

	OPÉRATIONS brutes	CESSIONS et rétrocessions	OPÉRATIONS nettes	OPÉRATIONS nettes N-1
E1 Cotisations				
E2 Produits des placements				
E2a Revenus des placements				
E2b Autres produits des placements				
E2c Produits provenant de la réalisation des placements				
E3 Ajustements ACAV (plus-values)				
E4 Autres produits techniques				
E5 Charge des sinistres				
E5a Prestations et frais payés				
E5b Charge des provisions pour sinistres				
E6 Charge des provisions d'assurance vie et autres provisions techniques				
E6a Provisions d'assurance vie				
E6b Provisions pour opérations en unités de compte				
E6c Provision pour égalisation				

E6d Autres provisions techniques				
E7 Participation aux résultats				
E8 Frais d'acquisition et d'administration				
E8a Frais d'acquisition				
E8b Frais d'administration				
E8c Commissions reçues des réassureurs				
E9 Charges des placements				
E9a Frais de gestion interne et externe des placements et intérêts				
E9b Autres charges des placements				
E9c Pertes provenant de la réalisation des placements				
E10 Ajustements ACAV (moins-values)				
E11 Autres charges techniques				
E12 Produits des placements transférés au compte non technique				
Résultat technique des opérations vie				

III. - Compte non technique

	OPÉRATIONS N	OPÉRATIONS N - 1
F1 Résultat technique des opérations non-vie		
F2 Résultat technique des opérations vie		
F3 Produits des placements		
F3a Revenus des placements		
F3b Autres produits des placements		
F3c Profits provenant de la réalisation des placements		
F4 Produits des placements alloués du compte technique vie		
F5 Charges des placements		
F5a Frais de gestion interne et externe des placements et frais financiers		
F5b Autres charges des placements		
F5c Pertes provenant de la réalisation des placements		
F6 Produits des placements transférés au compte technique non-vie		
F7 Autres produits non techniques		
F8 Autres charges non techniques		
F8a Charges à caractère social		
F8b Autres charges non techniques		
F9 Résultat exceptionnel		
F9a Produits exceptionnels		
F9b Charges exceptionnelles		
F10 Impôts sur le résultat		
Résultat de l'exercice		

Règles de raccordement des comptes au compte de résultat (compte technique Non-vie)

POSTE	COMPTES RACCORDÉS	COMMENTAIRES
D1a	702, 705, 63297 et 63597	
D1a cession	7082, 7085 et sous-comptes des comptes 6392 et 5395 correspondant aux sous-comptes 63297 et 63597	
D1b	7092 et 7095	
D1b cession	7099	

D2	7920	
D3	722, 732 et 742	
D4a	602, 605, 63293 et 63593	
D4a cession	6092, 6095 et sous-comptes des comptes 6392 et 6395 correspondant aux sous-comptes 63293 et 63593	
D4b	612, 615, 63294 et 63594	
D4b cession	6192, 6195 et sous-comptes des comptes 6392 et 6395 correspondant aux sous-comptes 63294 et 63594	
D5	6212	
D5 cession	62912	
D6	632 (sauf 6329) et 635 (sauf 6359)	
D6 cession	6392 et 6395 (sauf sous-comptes raccordés au D1a cession, D4a cession, D4b cession)	
D7a	6420	
D7b	6422	
D7c cession	6495 et 6492	
D8	645	
D9	6242 et 6245	
D9 cession	62942	

Règles de raccordement des comptes au compte de résultat (compte technique Vie)

POSTE	COMPTES RACCORDÉS	COMMENTAIRES
E1	700 et 704	
E1 cession	7080 et 7084	
E2a	760	
E2b	762, 768 et 769	
E2c	764 et 766	
E3	766	
E4	720, 730 et 740	
E5a	600, 604, 63093 et 63493	
E5a cession	6090, 6094 et sous-comptes des comptes 6390 et 6394 correspondant aux sous-comptes 63093 et 63493	
E5b	610, 614, 63094 et 63494	
E5b cession	6190, 6194 et sous-comptes des comptes 6390 et 6394 correspondant aux sous-comptes 63094 et 63494	
E6a	620, 63095 et 63496	
E6a cession	6290 et sous-comptes des comptes 6390 et 6394 correspondant aux sous-comptes 63095 et 63495	
E6b	623	
E6b cession	6293	
E6c	6240 et 6244	
E6c cession	62940	
E6d	6210 et 6217	
E6d cession	62910	
E7	630 (sauf 6309) et 634 (sauf 6349)	
E7 cession	6390 et 6394 (sauf sous-comptes raccordés à E5a cession, E5bc cession et E6a cession)	
E8a	6400	
E8b	6402	
E8c cession	6490 et 6494	
E9a	660, 662 et 663	
E9b	668 et 669	
E9c	664 et 665	
E10	666	
E11	644	A subdiviser selon besoins.
E12	7939	Non renseigné si l'institution ou l'union est agréée à la fois pour les opérations du a et du b de l'article L. 931-1.

Règles de raccordement des comptes au compte de résultat (compte non technique)

POSTE	COMPTES RACCORDÉS	COMMENTAIRES
F3a	760	Non renseigné par l'institution ou l'union non agréée pour les opérations du b et/ou du c de l'article L. 931-1.
F3b	762, 768 et 769	Non renseigné par l'institution ou l'union non agréée pour les opérations du b et/ou du c de l'article L. 931-1.
F3c	764 et 765	Non renseigné par l'institution ou l'union non agréée pour les opérations du b et/ou du c de l'article L. 931-1.
F4	7930	Identique au 7939, de solde contraire. Non renseigné si l'institution ou l'union est agréée pour les opérations du b et/ou du c de l'article L. 931-1.
F5a	660, 662 et 663	Non renseigné par l'institution ou l'union non agréée pour les opérations du b et/ou du c de l'article L. 931-1.
F5b	668 et 669	Non renseigné par l'institution ou l'union non agréée pour les opérations du b et/ou du c de l'article L. 931-1.
F5c	664 et 665	Non renseigné par l'institution ou l'union non agréée pour les opérations du b et/ou du c de l'article L. 931-1.
F6	7929	Identique au 7920, de solde contraire.
F7	75	
F8a	650	
F8b	65 sauf 650	
F9a	77	
F9b	67	
F10	695	

Article Annexe (3) à l'art. A931-11-11

MODELES TYPES DE COMPTES ANNUELS.

3. ANNEXE.

L'annexe est établie conformément aux dispositions de l'article 25 du décret n° 83-1020 du 29 novembre 1983 ; elle est constituée de toutes les informations d'importance significative permettant d'avoir une juste appréciation du patrimoine et de la situation financière de l'institution de prévoyance ou de l'union d'institutions de prévoyance, des risques qu'elle assume et de ses résultats. Sans préjudice des obligations légales et réglementaires qui leur sont applicables, la production de ces informations par les institutions ou les unions n'est requise que pour autant qu'elles ont une importance significative. L'annexe comporte notamment les éléments prévus ci-après. A chaque fois que ceci est utile à la compréhension, et notamment lorsque l'annexe donne le détail d'un poste de bilan ou du compte de résultat, les chiffres correspondants relatifs à l'exercice précédent sont indiqués de manière à pouvoir être directement comparés à ceux de l'exercice sous revue.

1. Informations sur le choix des méthodes utilisées.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance mentionnent les modes et méthodes d'évaluation appliqués aux divers postes du bilan, du compte de résultat et de l'annexe, ainsi que les méthodes utilisées pour le calcul des amortissements et des provisions pour dépréciation. Elles décrivent notamment les règles retenues pour l'imputation des charges par destination.

Les institutions et les unions indiquent et expliquent, le cas échéant, les dérogations aux principes généraux qu'elles ont été conduites à pratiquer dans le cas exceptionnel où l'application d'une prescription comptable se révèle impropre à donner une image fidèle du patrimoine, de la situation financière ou du résultat ; elles précisent l'incidence de ces pratiques dérogatoires sur la détermination du patrimoine, de la situation financière et du résultat de l'exercice.

Elles indiquent de manière exhaustive celles des options prévues dans des textes législatifs ou réglementaires qu'elles ont exercées.

Tout changement de méthode et de présentation des comptes annuels doit être décrit et justifié dans l'annexe. Son incidence sur les comptes doit être indiquée.

2. Informations sur les postes du bilan et du compte de résultat

1. Pour le bilan.

1. 1. Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance indiquent les mouvements ayant affecté les divers éléments de l'actif ci-après énumérés :

-les actifs incorporels ;

-les terrains et constructions ;

-les titres de propriété sur des entreprises liées et des entreprises avec lesquelles l'institution ou l'union a un lien de participation (titres portés aux comptes 250 et 260) ;

-les bons, obligations et créances de toutes natures sur ces mêmes entités (comptes 25 et 26, à l'exclusion des comptes 250 et 260).

Les institutions et les unions indiquent, pour chacune de ces catégories d'actif, le montant brut en début et en fin d'exercice, les transferts et mouvements de l'exercice, le montant cumulé des amortissements et provisions pour dépréciation à la clôture et le montant net inscrit au bilan, ainsi que les dotations aux amortissements et provisions pour dépréciation et les reprises de provisions pour dépréciation constatées au cours de l'exercice.

1. 1 bis. Les institutions et les unions indiquent ces mêmes informations pour les éléments d'actifs relatifs à l'action sociale décomposées en placements immobiliers, placements immobiliers en cours, placements financiers et autres actifs.

1. 2. En ce qui concerne les placements autres que ceux visés au 1. 1, les institutions et les unions indiquent les dotations aux amortissements et aux provisions pour dépréciation constatées au cours de l'exercice, par poste de bilan. Elles indiquent également, par poste du bilan, le montant brut, le montant cumulé des amortissements et des provisions pour dépréciation à la clôture et le montant net inscrit au bilan.

1. 3. Les institutions et les unions établissent un état détaillé et un état récapitulatif de l'ensemble des placements inscrits à leur bilan. L'état récapitulatif figure obligatoirement dans l'annexe.

Lorsqu'une institution ou une union décide de ne pas le faire figurer dans l'annexe, l'état détaillé doit, dans les mêmes délais que les comptes annuels, être établi par l'institution ou l'union et communiqué aux commissaires aux comptes, qui en vérifient la sincérité et la concordance avec les comptes annuels dans les conditions définies au troisième alinéa de l'article L. 823-10 du code de commerce ; dans ce cas, l'état détaillé est délivré à toute personne qui en fait la demande et à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution dans les conditions définies à l'article R. 931-11-8.

A.-L'état détaillé comporte :

a) Un tableau pour les placements visés à l'article R. 931-10-40 inscrits au bilan en classe 2 et affectables à la représentation des engagements réglementés (autres que ceux visés aux d, e et f ci-dessous) ;

b) Un tableau pour les placements visés à l'article R. 931-10-41 inscrits au bilan en classe 2 et affectables à la représentation des engagements réglementés (autres que ceux visés aux d, e et f ci-dessous) ;

c) Un tableau pour les placements visés à l'article R. 931-10-27 inscrits au bilan en classe 2 ;

- d) Un tableau pour les placements inscrits au bilan en classe 2 et garantissant les engagements pris au titre de la branche mentionnée au 25 de l'article R. 931-2-1 avec, le cas échéant, un tableau séparé par méthode d'évaluation (R. 931-10-40 ou R. 931-10-41) ;
- e) Un tableau pour les placements inscrits au bilan en classe 2 déposés ou donnés en nantissement en garantie des acceptations chez les cédantes dont l'institution ou l'union se porte caution solidaire, avec le cas échéant, un tableau séparé par méthode d'évaluation (R. 931-10-40 ou R. 931-10-41) ;
- f) Un tableau pour les placements inscrits au bilan en classe 2 déposés ou donnés en nantissement chez les autres cédantes en garantie des acceptations, avec, le cas échéant, un tableau séparé par méthode d'évaluation (R. 931-10-40 ou R. 931-10-41) ;
- g) Un tableau pour les autres placements inscrits au bilan en classe 2 ;
- h) Un tableau pour les actifs inscrits au bilan affectables à la représentation des engagements réglementés, autres que ceux inscrits en classe 2 ;
- i) Un tableau pour les valeurs reçues en nantissement des réassureurs (pour ces valeurs, les colonnes C et D ne sont pas servies ; la colonne E est, par convention, servie d'un montant égal à celui inscrit en colonne F) ;
- j) Des tableaux pour les valeurs gérées par l'institution ou l'union et appartenant à des organismes pour des engagements pris au titre de la branche mentionnée au 25 de l'article R. 931-2-1, à raison d'un tableau par portefeuille géré (pour ces valeurs, les colonnes C et D ne sont pas servies ; la colonne E est servie par la valeur d'entrée).

Dans chaque tableau, les valeurs et actifs sont groupés par rubrique correspondant à chaque compte divisionnaire (3 chiffres) ou, le cas échéant, sous-compte de la nomenclature des comptes (4 chiffres) présentés dans l'ordre du plan de comptes et comportant en clair l'intitulé du compte divisionnaire ou du sous-compte.

Dans chaque rubrique, les actifs sont groupés en sous-rubrique par devise. A la fin de chaque sous-rubrique sont portés, sur des lignes distinctes, les éléments à déduire (part non libérée des titres, intérêts courus non échus), la totalisation des valeurs en devises et la contre-valeur en francs des totalisations au cours de change retenu pour l'établissement des comptes annuels (colonnes C, D, E, F, G). A la fin de chaque rubrique, figure une ligne de totalisation des valeurs ou contre-valeurs en francs français (colonnes C, D, E, F, G). Aucun actif ne peut figurer dans plus d'un seul tableau. Chacun des tableaux comporte une ligne de totalisation générale des valeurs ou contre-valeurs en francs français (C, D, E, F, G). Les institutions et les unions agréées pour pratiquer les opérations visées au a de l'article L. 931-1 indiquent à la suite des tableaux la quote-part (en %) définie à l'article R. 931-11-9.

Les tableaux sont présentés selon le modèle ci-dessous :

NOMBRE et désignation des valeurs ou des actifs avec, le cas échéant, mention de la devise autre que le FF dans laquelle elles sont libellées	AFFECTATION	LOCALISATION	VALEUR INSCRITE AU BILAN		VALEUR nette	VALEUR de réalisation	VALEUR de remboursement
			Valeur brute	Corrections de valeur			
(A)	(B)	(B 1)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		(6)	(7)

(1) A l'intérieur de chaque sous-rubrique (voir ci-dessus B), les valeurs mobilières sont inscrites dans l'ordre de la cote officielle de la principale place de cotation. L'intitulé de chaque valeur est précédé du numéro d'identification en usage sur la cote officielle de la principale place de cotation : en France, code RGA (Répertoire général alphabétique) ou numéro de compte Sicovam. Pour les valeurs et actifs garantis par un

tiers autre que le débiteur ou par une garantie réelle, la nature de la garantie et la désignation du garant sont précisées.

(2) L'indication de l'affectation est abrégée à l'aide du code suivant :

-F : provisions techniques en France sauf opérations en unités de compte ;

-G : provisions techniques dans la Communauté économique européenne (hors France), sauf opérations en unités de comptes ;

-A : provisions techniques spéciales des opérations visées à l'article L. 932-24 (France) ;

-V : provisions techniques des opérations en unités de compte en France (art.R. 931-10-27) ;

-W : provisions techniques des opérations en unités de compte dans la Communauté économique européenne hors France (art.R. 931-10-27) ;

-P : fonds de placement gérés par l'institution ou l'union, notamment au titre de la branche mentionnée au 25 de l'article R. 931-2-1 ;

-E : provisions techniques hors CEE ;

-CF : cautionnement en France ;

-CC : cautionnement CEE (hors France) ;

-CE : cautionnement hors CEE ;

-L : valeurs sans affectation.

Les actifs transférés avec un portefeuille de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats par une institution ou une union sont affectés, en outre, du code T.

(3) Etat de localisation du titre de propriété de l'actif (notamment Etat d'établissement du dépositaire pour les valeurs mobilières).

(4) Les valeurs brutes, nettes et de réalisation ainsi que les corrections de valeur sont à inscrire dans la monnaie de comptabilisation, c'est-à-dire, notamment pour les titres dont l'acquisition a fait l'objet d'une opération en devise au sens de l'article A. 931-11-2, dans la devise de l'opération initiale. Pour chacun des titres non libérés, le montant non libéré doit figurer dans la colonne " Valeur inscrite au bilan (Valeur brute) " immédiatement au-dessous de la ligne du libellé de la valeur. A chaque sous-totalisation (voir ci-dessus), le total des parties non libérées des valeurs totalisées est retranché globalement de cette colonne.

(5) La colonne " Correction de valeur " inclut les amortissements et provisions pour dépréciation ainsi que les amortissements et reprises de différences sur prix de remboursement constatés pour les titres évalués conformément à l'article R. 931-10-40.

(6) Valeur calculée selon les règles fixées par l'article R. 931-10-42.

(7) Valeur retenue pour le calcul de la différence sur prix de remboursement pour les valeurs évaluées conformément à l'article R. 931-10-40.

B.-L'état récapitulatif est un tableau de synthèse comportant les colonnes C, E et F du modèle de l'état détaillé et les lignes suivantes :

I.-Placements (détail des postes A 3 et A 4 de l'actif)

Les placements détenus sont classés comme ci-dessous en distinguant pour chaque catégorie visée au 1 à 9 les placements effectués dans l'OCDE et hors de l'OCDE.

- 1 Placements immobiliers et placements immobiliers en cours ;
- 2 Actions et autres titres à revenu variable autres que les parts d'OPCVM ;
- 3 Parts d'OPCVM (autres que celles visées au 4) ;
- 4 Parts d'OPCVM détenant exclusivement des titres à revenu fixe ;
- 5 Obligations et autres titres à revenu fixe ;
- 6 Prêts hypothécaires ;
- 7 Autres prêts et effets assimilés ;
- 8 Dépôts auprès des cédantes ;
- 9 Dépôts (autres que ceux visés au 8) et cautionnements en espèces et autres placements ;
- 10 Actifs représentatifs des opérations en unités de compte :
 - placements immobiliers ;
 - titres à revenu variable, autres que des parts d'OPCVM ;
 - OPCVMC détenant exclusivement des titres à revenu fixe ;
 - autres OPCVM ;
 - obligations et autres titres à revenu fixe ;
- 11 Total des lignes 1 à 10 :
 - a) Dont :
 - placements évalués selon l'article R. 931-10-40 ;
 - placements évalués selon l'article R. 931-10-41 ;
 - placements évalués selon l'article R. 931-10-27 ;
 - b) Dont :
 - valeurs affectables à la représentation des provisions techniques, autres que celles ci-dessous ;
 - valeurs garantissant les engagements pris au titre de la branche mentionnée au 25 de l'article R. 931-2-1 ou couvrant les fonds de placement gérés ;
 - valeurs déposées chez les cédantes (dont valeurs déposées chez les cédantes dont l'institution ou l'union s'est portée caution solidaire) ;
 - valeurs affectées aux provisions techniques spéciales des opérations visées à l'article L. 932-24 en France ;

-autres affectations ou sans affectation.

II.-Actifs affectables à la représentation des provisions techniques (autres que les placements et la part des réassureurs dans les provisions techniques)

III.-Valeurs appartenant à des organismes au titre de la branche mentionnée au 25 de l'article R. 931-2-1 (à raison d'une ligne par organisme)

A la suite du tableau de synthèse sont fournies les informations suivantes :

a) Le montant des acomptes inclus dans la valeur des actifs inscrits au poste " Terrains et constructions " ;

b) Le montant des terrains et constructions en faisant apparaître, de manière distincte, les droits réels et les parts de sociétés immobilières ou foncières non cotées et au sein de chacune de ces deux rubriques :

-les immobilisations utilisées pour l'exercice des activités propres de l'institution ou de l'union ;

-les autres immobilisations ;

c) Le solde non encore amorti ou non encore repris correspondant à la différence sur prix de remboursement des titres, évalués conformément à l'article R. 931-10-40.

1. 4. Les institutions et les unions indiquent la ventilation selon leur durée résiduelle, en distinguant les tranches jusqu'à un an, de un jusqu'à cinq ans, au-delà de cinq ans, de leurs créances et dettes.

1. 5. Les institutions et les unions indiquent :

-le montant des participations et parts détenues dans des entreprises d'assurance liées ;

-la liste des filiales et participations (notamment le nom et le siège social), telles que celles-ci sont définies aux articles L. 233-1 et L. 233-2 du code de commerce, avec l'indication, pour chacune d'elles, de la part du capital détenu, directement ou indirectement, du montant des capitaux propres et du résultat du dernier exercice ;

-le nom, le siège et la forme juridique de toute entreprise dont l'institution ou l'union est l'associé indéfiniment responsable.

Certaines de ces indications peuvent ne pas être fournies à la condition que l'institution ou l'union soit en mesure de justifier le préjudice grave qui pourrait résulter de leur divulgation. Il est alors fait mention du caractère incomplet des informations figurant sur la liste.

1. 6. En ce qui concerne les opérations se rapportant à des entreprises liées et à des entreprises avec lesquelles existe un lien de participation, les institutions et les unions indiquent, séparément pour chacune de ces deux catégories, le montant des parts détenues dans ces entreprises (actions et autres titres à revenu variable), et le montant des créances et des dettes sur ces entreprises, détaillées par poste et sous-poste du bilan et, pour les créances et dettes nées d'opérations directes, en distinguant les créances ou dettes sur les preneurs d'assurance et les créances ou dettes sur les intermédiaires.

1. 7. En ce qui concerne les passifs subordonnés, les institutions et les unions mentionnent :

a) Pour chaque dette, matérialisée ou non par un titre, représentant plus de 10 % du montant total des dettes subordonnées :

-la nature juridique de la dette (emprunt, titre participatif, etc.) ;

-le montant de la dette, la devise dans laquelle elle est libellée, le taux d'intérêt et l'échéance ou l'indication que la dette est perpétuelle ;

-la possibilité et les conditions d'un éventuel remboursement anticipé ;

-les conditions de la subordination, l'existence éventuelle de stipulations permettant de convertir le passif subordonné en une autre forme de passif ainsi que les conditions prévues par ces stipulations ;

b) Pour les autres dettes subordonnées, les modalités qui les régissent de manière globale et leur répartition par nature de dette.

1. 8. Les institutions et les unions fournissent :

a) La ventilation des réserves en distinguant les réserves statutaires et chacune des réserves réglementaires et la réserve de l'action sociale des autres réserves, avec leur dénomination précise ;

b) Le montant des éléments du bilan ayant fait l'objet d'une réévaluation au cours de l'exercice, en précisant, par chaque catégorie, la méthode de réévaluation utilisée, le montant et le traitement fiscal de l'écart ;

c) Le détail des mouvements ayant affecté la composition des fonds propres au cours de l'exercice, notamment les réserves incorporées au fonds d'établissement ou les augmentations de fonds d'établissement ou de fonds de développement ou les montants affectant la réserve de l'action sociale.

1. 9. Les institutions et les unions fournissent le montant des frais d'établissement, ventilés selon leur nature, des frais de développement, de la valeur d'achat des fonds commerciaux et des autres actifs incorporels.

1. 10. Les institutions et les unions doivent indiquer, dès lors qu'il est important, le montant des provisions pour risques en cours. L'appréciation de l'importance du montant s'effectue globalement.

1. 11. Les institutions et les unions précisent :

a) Dès lors qu'il est significatif, le montant des recours à recevoir déduits des provisions pour sinistres à payer. L'appréciation du caractère significatif du montant s'effectue globalement ;

b) Dès lors qu'elle est significative, la différence entre, d'une part, le montant des provisions pour sinistres inscrites au bilan d'ouverture, relatives aux sinistres survenus au cours d'exercices antérieurs et restant à régler, et, d'autre part, le montant total des prestations payées au cours de l'exercice au titre de sinistres survenus au cours d'exercices antérieurs ajouté aux provisions pour sinistres inscrites au bilan de clôture au titre de ces mêmes sinistres. Le caractère significatif de cette différence est apprécié globalement. c) Les institutions et les unions agréées pour la branche mentionnée au 16 (a) de l'article R. 932-2-1 établissent pour ces opérations un état des règlements et des provisions pour sinistres à payer inscrites à leur bilan au titre de l'ensemble de ces opérations, présenté selon le modèle ci-après.

ANNÉE D'INVENTAIRE	EXERCICE DE SURVENANCE				
	19.... (n-4)	19.... (n-3)	19.... (n-2)	19.... (n-1)	19.... n
Inventaire N-2					
Règlements					
Provisions					
Total sinistres					
Cotisations acquises					
Pourcentage sinistres / cotisations acquises					
Inventaire N-1					
Règlements					
Provisions					

Total sinistres					
Cotisations acquises					
Pourcentage sinistres / cotisations acquises					
Inventaire N					
Règlements					
Provisions					
Total sinistres					
Cotisations acquises					
Pourcentage sinistres / cotisations acquises					

1. 12. Sont également mentionnés :

a) Le montant des actifs ayant fait l'objet d'une clause de réserve de propriété ;

b) Les informations prévues par le troisième et le quatrième alinéa de l'article 23 du décret n° 83-1020 du 29 novembre 1983 ;

c) Les provisions pour risques et charges ventilées selon leur objet respectif en distinguant, au moins, les provisions pour retraites, les provisions pour impôts et les autres provisions ;

d) Le montant global de la contre-valeur en francs et la composition par devise de l'actif et du passif en devises, ainsi que le montant par devises des différences de conversion.

1. 13. a) Les institutions et les unions indiquent séparément, pour chacun des postes C2a, C2b, C2c, C2d, C5 et C7 du tableau des engagements reçus et donnés, le montant des engagements à l'égard des dirigeants, le montant des engagements à l'égard des entreprises liées et le montant des engagements à l'égard des entreprises avec lesquelles existe un lien de participation ;

b) Les institutions et les unions détaillent le montant et la nature des engagements donnés au titre de l'action sociale.

1. 14. Les institutions de prévoyance membres d'une union d'institutions de prévoyance indiquent les risques et engagements qu'elles gèrent pour le compte de celle-ci.

1. 15. En ce qui concerne les opérations dites de " réassurance finite " mentionnées à l'article L. 931-1-1 et des opérations de réassurance purement financières, lorsqu'elles ont une importance significative, les institutions de prévoyance et leurs unions exerçant une activité d'assurance ou de réassurance indiquent dans l'annexe aux comptes annuels :

a) Une description des principes et méthodes comptables ainsi que des méthodes d'évaluation appliquées ;

b) A chaque fois que cela est utile à la compréhension et à l'appréciation des risques assumés par l'institution de prévoyance ou l'union exerçant une activité d'assurance ou de réassurance des informations sur les postes du bilan et du compte de résultat concernés par ces opérations. Lorsque, pour les contrats de réassurance dite " réassurance finite " mentionnée à l'article L. 931-1-1, la décomposition de la prime entre la composante financière correspondant au dépôt et la composante correspondant au transfert significatif de risques d'assurance n'a pu être effectuée, l'institution ou l'union indiquera les montants comptabilisés dans les postes du bilan et du compte de résultat.

2. Pour le compte de résultat. 2. 1. Les institutions et les unions indiquent la ventilation de l'ensemble des produits et charges des placements (ventilation des postes E 2 et E 9 pour les institutions et unions agréées pour pratiquer les opérations visées au a de l'article L. 931-1 et des postes F 3 et F 5 pour les autres institutions et unions), selon le modèle ci-dessous :

	REVENUS FINANCIERS et frais financiers concernant les placements dans les entreprises liées	AUTRES REVENUS et frais financiers	TOTAL
Revenus des participations (1)			
Revenus des placements immobiliers			
Revenus des autres placements			
Autres revenus financiers (commission, honoraires)			
Total (poste E2a et / ou F3a du compte de résultat)			
Frais financiers (commissions, honoraires, intérêts et agios...)			
(1) Au sens de l'article 20 du décret du 29 novembre 1983. Total des autres produits des placements (plus-values, reprises sur amortissements ou provisions...) inclus au poste E2 et / ou F3 du compte de résultat : Total des autres charges de placements (moins-values, dotations aux amortissements et provisions, charges internes...) incluses au poste E9 et / ou F5 du compte de résultat :			

2. 2. Les institutions et unions indiquent la ventilation de l'ensemble des produits et charges des opérations techniques par catégorie, selon la forme définie ci-après.

Pour chacune des catégories définies à l'article A. 931-11-10 est établi un compte technique conforme au modèle ci-après.

Un compte technique totalisant l'ensemble des comptes techniques par catégorie est également établi. Le résultat technique de ce compte de totalisation est égal au résultat technique du compte de résultat. Les institutions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1 établissent deux comptes de totalisation séparés, correspondant, respectivement, au compte technique des opérations Vie et au compte technique des opérations Non-vie du compte de résultat.

A.-Opérations Vie.-Catégories 1 à 19

RUBRIQUE	POSTE CORRESPONDANT AU CR
1. Cotisations	Poste E1.
2. Charges des prestations	Poste E5.
3. Charges des provisions d'assurance vie et autres provisions techniques	Poste E6.
4. Ajustement ACAV	Poste E3 diminué du poste E10.
A.-SOLDE DE SOUSCRIPTION	(1-2-3 + 4).
5. Frais d'acquisition	Poste E8a.
6. Autres charges de gestion nettes	Poste E8b et E11 diminués du poste E4.
B.-CHARGES D'ACQUISITION ET DE GESTION NETTES	(5 + 6).
7. Produit net des placements	Poste E2 diminué des postes E9 et E12.
8. Participation aux résultats	Poste E7.
C.-SOLDE FINANCIER	(7-8).
9. Cotisations cédées	Poste E1 cession.
10. Part des réassureurs dans les charges des prestations	Poste E5 cession.
11. Part des réassureurs dans les charges des provisions d'assurance vie et autres provisions techniques	Poste E6 cession.
12. Part des réassureurs dans la participation aux résultats	Poste E7 cession.
13. Commissions reçues des réassureurs	Poste E8c cession.
D.-SOLDE DE RÉASSURANCE	(10 + 11 + 12 + 13-9).
Résultat technique	A-B + C + D
Hors compte	
14. Montant des rachats	
15. Intérêts techniques bruts de l'exercice	Comptes 5300, 6301, 6302, 6340, 6341 et 6342.
16. Provisions techniques brutes à la clôture	
17. Provisions techniques brutes à l'ouverture	Postes B3b, B3c, B3e, B3g, B3j et B4 du bilan.

B.-Opérations Non-vie.-Catégories 20 à 39

RUBRIQUE	POSTE CORRESPONDANT AU CR
1. Cotisations acquises	(1a-1b).

1a. Cotisations	Poste D1a.
1b. Variation des cotisations non acquises	Poste D1b.
2. Charges des prestations	(2a + 2b).
2a. Prestations et frais payés	Poste D4a.
2b. Charges des provisions pour prestations et diverses	Poste D4b, D5 et D9.
A.-SOLDE DE SOUSCRIPTION	(1-2).
5. Frais d'acquisition	Poste D7a.
6. Autres charges de gestion nettes	Poste D7b et D8 diminués du poste D3.
B.-CHARGES D'ACQUISITION ET DE GESTION NETTES	(5 + 6).
7. Produits des placements	Poste D2.
8. Participation aux résultats	Poste D6.
C.-SOLDE FINANCIER	(7-8).
9. Part des réassureurs dans les cotisations acquises	Postes D1a et D1b cession.
10. Part des réassureurs dans les prestations payées	Poste D4a cession.
11. Part des réassureurs dans les charges des provisions pour prestations	Postes D4b, D5 et D9 cession.
12. Part des réassureurs dans les participations aux résultats	Poste D6 cession.
13. Commissions reçues des réassureurs	Poste D7c cession,
D.-SOLDE DE RÉASSURANCE	(10 + 11 + 12 + 13-9).
Résultat technique	A-B + C + D
Hors compte :	
14. Provisions pour cotisations non acquises (clôture)	Poste B3a du bilan.
15. Provisions pour cotisations non acquises (ouverture)	
16. Provisions pour sinistres à payer (clôture)	Poste B3d du bilan.
17. Provisions pour sinistres à payer (ouverture)	
18. Autres provisions techniques (clôture)	Postes B3f, B3h et B3j du bilan.
19. Autres provisions techniques (ouverture)	

Les données chiffrées sont fournies en valeur absolue ; toutefois, les rubriques ou sous-rubriques intitulées " charges de provisions " sont affectées du signe-en cas de diminution des provisions ; la sous-rubrique " variation des cotisations non acquises et risques en cours " est affectée du signe-en cas de diminution des cotisations non acquises et risques en cours.

La répartition par catégories des charges figurant au poste D 7 ou E 8 du compte de résultat s'effectue en rapportant à chaque catégorie les frais qui lui sont directement applicables et en ventilant les autres frais généraux aussi exactement que possible suivant leur nature, compte tenu notamment du nombre des bulletins d'adhésion à des règlements et des contrats, de l'importance des opérations, du nombre des sinistres....

Les produits financiers nets sont, à défaut d'une étude plus poussée, ventilés par catégorie au prorata des provisions techniques nettes de réassurance ; toutefois, la catégorie 10 (opérations relevant de l'article L. 932-24) reçoit exactement les intérêts des placements qui lui sont affectés.

Lorsque les opérations d'une catégorie sont exclusivement relatives à des garanties accessoires au sens des articles R. 931-2-2 et R. 931-2-3, la mention " garanties accessoires " est portée dans l'intitulé de la colonne relative à la catégorie concernée.

2. 3. Les institutions et les unions décrivent leur action sociale. Elles indiquent notamment les produits prélevés sur les opérations Vie et sur les opérations Non-vie, les produits des placements, les allocations, attributions et frais payés et à payer et les frais de gestion.

2. 4. Les institutions membres d'une union d'institutions de prévoyance indiquent :

a) Les principaux flux de l'exercice des opérations gérées pour le compte de celle-ci ;

b) L'impact sur leurs états financiers des conventions passées avec cette union, notamment pour les fonds gérés pour le compte de celle-ci.

2. 5. Les institutions et les unions fournissent également :

a) La ventilation des charges de personnel selon le modèle suivant :

-salaires ;

-pensions de retraite ;

-charges sociales ;

-autres ;

b) Le montant des commissions afférent aux opérations directes comptabilisé au cours de l'exercice. Ce montant comprend les commissions de toute nature versées à des intermédiaires de l'institution ou de l'union, et notamment les commissions d'acquisition, de renouvellement, d'encaissement, de gestion et de suivi ;

c) La ventilation des cotisations brutes émises selon le modèle suivant :

-cotisations d'opérations directes émises en France ;

-cotisations d'opérations directes émises dans la CEE (hors France) ;

-cotisations d'opérations directes émises hors CEE ;

d) Le montant, d'une part, des entrées, d'autre part, des sorties de portefeuille.

2. 6. Les institutions et les unions indiquent la proportion dans laquelle le résultat de l'exercice a été affecté par des dérogations aux principes généraux d'évaluation en application de la réglementation fiscale et l'écart qui en est résulté.

2. 7. Les institutions et les unions indiquent la différence entre la charge fiscale imputée à l'exercice et aux exercices antérieurs et la charge fiscale déjà payée ou à payer au cours de ces exercices.

2. 8. Les institutions et les unions indiquent la ventilation des autres produits et autres charges techniques, des produits et charges exceptionnels et des produits et charges non techniques.

2. 9. Les institutions et les unions agréées pour pratiquer les opérations visées au a de l'article L. 931-1 :

a) Indiquent le détail de la variation des provisions d'assurance vie brutes de réassurance entre le bilan d'ouverture et le bilan de clôture, selon le modèle ci-dessous ;

Charges des provisions d'assurance vie (poste E 6a du compte technique) X 1

Intérêts techniques (comptes 6302 et 6342) X 2

Participations aux excédents incorporées directement (comptes 6305 et 6345) X 3

Utilisation de la provision pour participation aux excédents (comptes 63095 et 63945) X 4

Différence de conversion (+ ou-) X 5

Ecart entre les provisions d'assurance vie à l'ouverture et les provisions d'assurance vie à la clôture (poste B 3b du bilan) TOTAL b) Fournissent un tableau récapitulatif des éléments constitutifs de la participation des adhérents et des participants aux résultats techniques et financiers :

DÉSIGNATIONS	EXERCICES (1)
--------------	---------------

	n-4	n-3	n-2	n-1	n
A.-Participation aux résultats totale (poste D6 et E7 du compte de résultat = A1 + A2) :					
A1 : Participation attribuée (y compris intérêts techniques)					
A2 : Variation de la provision pour participation aux excédents					
B.-Participation aux résultats des opérations visées au (4) :					
B1 : Provisions mathématiques moyennes (2)					
B2 : Montant minimal de la participation aux résultats					
B3 : Montant effectif de la participation aux résultats (3) :					
B3a : Participation attribuée (y compris intérêts techniques)					
B3b : Variation de la provision pour participation aux excédents					

(1) L'exercice n est l'exercice sous revue. (2) Demi-somme des provisions mathématiques à l'ouverture et à la clôture de l'exercice, correspondant aux opérations visées au (4). (3) Participation effective (charge de l'exercice, y compris intérêts techniques) correspondant aux opérations visées au (4). (4) Opérations individuelles et collectives souscrites sur le territoire de la République française à l'exception des opérations collectives en cas de décès et des opérations à capital variable.

3. Autres informations.

3. 1. Les institutions et les unions mentionnent :

a) L'effectif moyen du personnel en activité au cours de l'exercice, ventilé par catégories professionnelles ;

b) Le montant global :

-des avantages alloués pendant l'exercice à l'ensemble des membres du conseil d'administration au titre ou à l'occasion de leurs fonctions ;

-des rémunérations et autres avantages alloués pendant l'exercice à l'ensemble des autres dirigeants au titre ou à l'occasion de leurs fonctions ainsi que le montant des engagements de l'institution ou de l'union en matière de pensions, de compléments de retraite, d'indemnités et d'allocations en raison du départ à la retraite ou d'avantages similaires à l'égard de l'ensemble des autres dirigeants et anciens autres dirigeants.

Ces indications doivent être données de telle manière qu'elles ne permettent pas d'identifier la situation d'une personne déterminée ;

c) Le montant global des prêts éventuellement accordés pendant l'exercice respectivement à l'ensemble des membres du conseil d'administration, à l'ensemble des autres dirigeants ainsi que le montant des engagements pris pour le compte de ces personnes au titre d'une garantie quelconque.

3. 2.

Lorsque l'institution de prévoyance ou l'union d'institutions applique l'option prévue à l'article R. 931-15-1 du présent code qui lui permet de reporter la charge constituée par la dotation à la provision pour risque d'exigibilité, il en est fait mention dans les annexes des états financiers.

Si ces informations sont significatives pour l'organisme concerné, ce dernier doit également mentionner les informations suivantes :

-le montant de la moins-value latente globale nette mentionnée à l'article R. 931-10-15 du présent code ;

- le montant de la provision pour risque d'exigibilité brute déjà constituée au niveau des autres provisions techniques (comptes 3703 et 3723 du plan comptable des institutions de prévoyance ou d'unions d'institutions) ;
- les hypothèses relatives à l'évaluation de la durée des passifs définie par l'article A. 931-10-18-1 du présent code ainsi que les informations sur les événements affectant cette durée, si elle était modifiée significativement par rapport à l'exercice antérieur ;
- le montant de la charge relative à la provision pour risque d'exigibilité restant à constater en résultat sur les exercices futurs si l'option n'avait pas été retenue (compte 379 du plan comptable des institutions de prévoyance ou d'unions d'institutions) ;
- les informations qualitatives expliquant l'évolution sur l'exercice du solde du compte de dotation à la provision pour risque d'exigibilité restant à constater ;
- le résultat de l'organisme d'assurance tel qu'il aurait été si ce dernier n'avait pas utilisé l'option mentionnée à l'article R. 931-10-15-1 (c'est-à-dire en neutralisant l'impact du compte 753 sur le résultat).

Article Annexe à l'article A931-11-15

COMPTE RENDU DETAILLE ANNUEL : RENSEIGNEMENTS GENERAUX.

Les renseignements généraux du compte rendu détaillé annuel à produire à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution par les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance sont les suivants :

- a) La dénomination sociale de l'institution ou de l'union, son adresse, la date de son agrément, les modifications apportées aux statuts en cours d'exercice et, si de telles modifications sont intervenues, un exemplaire à jour des statuts ;
- b) Les nom, date et lieu de naissance, nationalité, domicile et profession des membres du conseil d'administration ;
- c) Les nom, date et lieu de naissance, nationalité, domicile, grade et fonction des personnels de direction en fonction à la date d'établissement du compte rendu détaillé annuel ;
- d) Les nom, adresse et date de désignation des commissaires aux comptes titulaires et suppléants ;
- e) La liste des branches pratiquées en France et, pour chaque branche, la date de l'agrément administratif dans les termes de l'article L. 932-4 et l'année de début d'activité. Les institutions et les unions en activité le 11 août 1994 précisent, de plus, la date de la première approbation de chacun des règlements en vigueur dans l'institution ou l'union à cette date ;
- f) La liste des pays où l'institution ou l'union exerce son activité, d'une part, en régime d'établissement, d'autre part, en libre prestation de services et, pour chaque pays et chaque régime, des branches qu'elle y pratique, avec, pour chaque branche, la date de l'acte administratif ayant autorisé les opérations, lorsque l'exercice de l'activité d'assurance est soumis à une telle formalité, ainsi que l'année de début d'activité ;
- g) Un tableau indiquant, par pays d'établissement, l'effectif moyen annualisé du personnel salarié en distinguant les personnels affectés à la proposition des règlements ou des contrats des autres personnels, et, au sein de chacun de ces deux ensembles, les catégories suivantes : personnels de direction, cadres, non-cadres ;

h) La liste des règlements ou des contrats types d'assurance directe nouvellement proposés au cours de l'exercice. Chaque règlement ou contrat type est identifié par sa dénomination et l'indication de la catégorie ou sous-catégorie, définie à l'état C 4 figurant à l'annexe à l'article A. 931-11-17, à laquelle il appartient. Les différentes versions d'un règlement ou d'un contrat type proposés sous une même dénomination sont à considérer comme des règlements ou contrats distincts ;

i) La liste des tables mentionnées au b de l'article A. 931-10-10 et établies durant l'année.

A l'appui de cette liste, l'institution ou l'union conserve à la disposition des fonctionnaires visés à l'article R. 951-1-1 un dossier relatif à chacun des règlements ou contrats types en cours. Ce dossier comprend un spécimen :

-des modifications du règlement, des avenants au contrat ou au bulletin d'adhésion mentionnés à l'article L. 932-3 pour les opérations collectives à adhésion obligatoire et à l'article L. 932-19 pour les opérations collectives à adhésion facultative et les opérations individuelles ainsi qu'un spécimen de la notice d'information respectivement prévue aux articles L. 932-6 et L. 932-18 ;

-de la proposition d'adhésion ou de la proposition de contrat ainsi que leurs annexes respectives prévues aux articles L. 932-3 et L. 932-19 ;

-de la note d'information visée à l'article L. 932-15 et dont le modèle est fixé à l'article A. 932-3-4 ;

-du document d'information annuelle relatif au rachat et à la réduction des contrats d'assurance vie (article L. 132-22 du code des assurances auquel renvoie l'article L. 932-23 du code de la sécurité sociale),

et une fiche technique explicitant les garanties accordées, le tarif appliqué (avec justification de son caractère suffisant), les modalités de fixation à toute époque de la valeur de rachat et de la valeur de réduction-si le bulletin d'adhésion, le règlement ou le contrat en comporte-, la méthode de calcul de la charge annuelle de participation aux excédents ainsi que le mode de répartition de celle-ci entre les participants, ayants droit et bénéficiaires (quotité et délai), et le calcul des provisions mathématiques.

Article Annexe à l'article A931-11-16

COMPTE RENDU DETAILLE ANNUEL : COMPLEMENTS AUX COMPTES ANNUELS.

En complément aux comptes visés à l'article A. 931-11-16, les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance fournissent :

1° Le montant des soldes débiteurs et créditeurs des comptes 402, 403, 404, 410 et 411 ;

2° L'état détaillé des placements mentionné au point 1.3 du modèle d'annexe lorsqu'il ne figure pas dans l'annexe visée à l'article A. 931-11-16 ;

3° Les informations mentionnées au point 1.5 du modèle d'annexe lorsqu'elles ne sont pas publiées pour le motif prévu à ce point ;

4° La proposition d'affectation du résultat présentée par le conseil d'administration ;

Les montants sont arrondis au millier de francs le plus proche et exprimés en milliers de francs.

Les informations chiffrées mentionnées aux points 1.1, 1.1 bis, 1.2, 1.3 (état récapitulatif, tableaux I, II, III, et informations complémentaires), 1.4, 1.6, 1.10, 1.11, 1.12 (sauf 1.12.d), 1.13, 2.1, 2.2, 2.4, et 2.9 du modèle

d'annexe aux comptes annuels sont fournies même lorsqu'elles ne figurent pas dans l'annexe aux comptes annuels de l'institution ou de l'union en raison de leur caractère non significatif.

Les informations visées au point 1.12.d du modèle d'annexe sont fournies, converties en francs français, pour chacune des monnaies de l'Union européenne y compris l'écu, pour le franc suisse, pour le dollar US, pour le dollar canadien, pour le yen et pour le total des autres monnaies.

Article Annexe (1) à l'art. A931-11-17

COMPTE RENDU DETAILLE ANNUEL : ETATS D'ANALYSE DES COMPTES.

Les montants sont arrondis au millier de francs le plus proche et exprimés en milliers de francs.

ETAT C 1

RESULTATS TECHNIQUES PAR CATEGORIES D'OPERATIONS.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les opérations visées au a de l'article L. 931-1 établissent un état C 1 Vie-capitalisation et, le cas échéant pour leurs garanties complémentaires, un état C 1 Dommages corporels. Les institutions et unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931 établissent ces deux mêmes états. Les institutions et les unions agréées pour pratiquer les opérations visées au b et/ou au c de ce même article établissent un état C 1 Non-vie.

L'état C 1 répartit d'abord les résultats techniques par pays d'établissement. Les opérations souscrites en France sont ensuite détaillées selon leur modalité d'exploitation : opérations directes françaises ; opérations réalisées en libre prestation de services ; acceptations. Enfin les opérations directes françaises sont ventilées par catégories ou regroupement de catégories de règlements ou de contrats définies à l'article A. 931-11-10.

Lorsqu'un règlement ou un contrat regroupe des opérations relevant de catégories différentes, il est rattaché en totalité à la catégorie principale dès lors que celle-ci peut être déterminée sans ambiguïté. Lorsque aucune catégorie ne peut être qualifiée de principale, les garanties sont ventilées en autant d'ensembles qu'il existerait de règlements ou de contrats séparés au regard des pratiques constatées sur le marché ; chacun de ces ensembles de garanties est rattaché à sa catégorie principale. Toutefois, les garanties de dommages corporels sont toujours dissociées des garanties en cas de vie ou de décès.

Le modèle des états C 1 Vie-capitalisation, C 1 Non-vie et C 1 Dommages corporels est fixé ci-après. Les catégories mentionnées dans les colonnes sont celles énumérées à l'article A. 931-11-10. Le contenu des lignes est précisé par référence aux comptes ou sous-comptes du plan comptable relatifs aux opérations directes, hors opérations en unités de compte ; les institutions et les unions effectuent les transpositions nécessaires pour présenter leurs opérations en unités de compte et leurs acceptations. Les sous-comptes rattachés aux comptes 6004, 6024, 6104, 6124, 62004 et 62124 en application du troisième alinéa du point 5 du VI. - Classe 6 de l'annexe à l'article A. 931-11-9 (troisième alinéa) sont identifiés par la postposition pb ou it selon qu'ils retracent les participations aux excédents ou les intérêts techniques.

A. - Etat C 1 Vie-capitalisation

L'état C 1 Vie-capitalisation comporte les colonnes suivantes :

Opérations de capitalisation en francs ou devises à cotisation unique ou versements libres (catégorie 1) ;

Opérations de capitalisation en francs ou devises à cotisations périodiques (catégorie 2) ;

Opérations individuelles d'assurance temporaire décès en francs ou devises (y compris opérations collectives à adhésion facultative) (catégorie 3) ;

Autres opérations individuelles d'assurance vie en francs ou devises à cotisation unique (y compris opérations collectives à adhésion facultative) ou versements libres (catégorie 4) ;

Autres opérations individuelles d'assurance vie en francs ou devises à cotisations périodiques (y compris opérations collectives à adhésion facultative) (catégorie 5) ;

Opérations collectives en cas de décès en francs ou devises (catégorie 6) ;

Opérations collectives en cas de vie en francs ou devises (catégorie 7) ;

Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisation unique ou versements libres (catégorie 8) ;

Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisations périodiques (catégorie 9) ;

Opérations collectives relevant de l'article L. 932-24 (catégorie 10) ;

Total des opérations directes en France (catégories 1 à 10) ;

Opérations en libre prestation de services par un établissement en France ;

Acceptations par un établissement en France ;

Opérations des succursales établies dans un Etat de l'Union européenne (hors la France) ;

Opérations des succursales établies hors de l'Union européenne ;

Total général.

L'état C 1 Vie-capitalisation comporte les lignes suivantes :

(L. 1) Cotisations périodiques et cotisations à versement unique émises (comptes 7000 et 7001) ;

(L. 2) Annulations (compte 7002) ;

(L. 3) Cotisations à émettre nettes de cotisations à annuler, à la clôture de l'exercice (compte 400 moins 401 à la clôture) ;

(L. 4) Cotisations à émettre nettes de cotisations à annuler, à l'ouverture de l'exercice (compte 400 moins 401 à l'ouverture) ;

(L. 5) Sous-total : Cotisations nettes (lignes L. 1 - L. 2 + L. 3 - L. 4) ;

(L. 10) Sinistres et capitaux payés (compte 6000) ;

(L. 11) Versements périodiques de rentes (compte 6001) ;

(L. 12) Rachats (compte 6002) ;

(L. 13) Frais de gestion des sinistres et de règlement des prestations (comptes 6005 et 6008) ;

(L. 14) Provisions pour sinistres à payer à la clôture de l'exercice (compte 32 à la clôture) ;

- (L. 15) Provisions pour sinistres à payer à l'ouverture de l'exercice (compte 32 à l'ouverture) ;
- (L. 16) Intérêts techniques inclus dans l'exercice dans les prestations payées ou provisionnées (comptes 6004 it et 6104 it) ;
- (L. 17) Participations aux excédents incorporées dans l'exercice dans les prestations payées ou provisionnées (comptes 6004 pb, 6104 pb, 63093 et 63094) ;
- (L. 18) Sous-total : Charge des prestations (lignes L. 10 + L. 11 + L. 12 + L. 13 + L. 14 - L. 15 - L. 16 - L. 17) ;
- (L. 20) Provisions d'assurance vie à la clôture de l'exercice (compte 30 à la clôture) ;
- (L. 21) Provisions d'assurance vie à l'ouverture de l'exercice (compte 30 à l'ouverture) ;
- (L. 22) Intérêts techniques incorporés dans l'exercice aux provisions d'assurance vie (compte 62004 it) ;
- (L. 23) Ajustement sur opérations à capital variable (compte 766 moins 666) ;
- (L. 24) Participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux provisions d'assurance vie (comptes 62004 pb et 63095) ;
- (L. 25) Autres provisions techniques à la clôture de l'exercice (comptes 360 Vie, 370 et 377 à la clôture) ;
- (L. 26) Autres provisions techniques à l'ouverture de l'exercice (comptes 360 Vie, 370 et 377 à l'ouverture) ;
- (L. 27) Sous-total : Charge de provisions (L. 20 - L. 21 - L. 22 - L. 23 - L. 24 + L. 25 - L. 26) ;
- (L. 30) Participations aux excédents (comptes 6303, 6304, 6305 et 6306) ;
- (L. 40) Frais d'acquisition (compte 6400) ;
- (L. 41) Frais d'administration et autres charges techniques nets (comptes 6402 et 644 moins 720 et 740) ;
- (L. 42) Subventions d'exploitation reçues (compte 730) ;
- (L. 43) Produits des placements nets de charges (compte 76, sauf 766, moins 7939 et 66, sauf 666) ;
- (L. 44) Intérêts techniques nets de cessions (comptes 6300, 6301 et 6302 moins sous-comptes correspondants du compte 6390) ;
- (L. 45) Sous-total : Produits financiers nets (L. 43 - L. 44) ;
- (L. 50) Cotisations cédées aux réassureurs (compte 7080) ;
- (L. 51) Part des réassureurs dans les prestations payées (compte 6090 sauf sous-compte correspondant au compte 6004) ;
- (L. 52) Part des réassureurs dans les provisions techniques, autres que les provisions pour participation aux excédents, à la clôture de l'exercice (compte 39, sauf compte 394, à la clôture) ;
- (L. 53) Part des réassureurs dans les provisions techniques, autres que les provisions pour participation aux excédents, à l'ouverture de l'exercice (compte 39, sauf compte 394, à l'ouverture) ;

(L. 54) Part des réassureurs dans les participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou aux provisions techniques (sous-compte des comptes 6090, 6190 et 6290 correspondant aux comptes 6004, 6104 et 62004 ainsi que sous-comptes du compte 6390 correspondant au compte 6309) ;

(L. 55) Part des réassureurs dans les participations aux excédents (sous-comptes du compte 6390 correspondant aux comptes 6303, 6304, 6305 et 6306) ;

(L. 56) Commissions reçues des réassureurs (compte 6490) ;

(L. 57) Sous-total : Charge de la réassurance (L. 50 - L. 51 - L. 52 + L. 53 + L. 54 - L. 55 - L. 56) ;

(L. 60) Résultat technique (lignes L. 5 - L. 18 - L. 27 - L. 30 - L. 40 - L. 41 + L. 42 + L. 45 - L. 57).

L'état C 1 Vie-capitalisation est complété par quatre lignes hors compte :

(L. 70) Provisions pour participation aux excédents à la clôture de l'exercice (compte 34 à la clôture) ;

(L. 71) Provisions pour participation aux excédents à l'ouverture de l'exercice (compte 34 à l'ouverture) ;

(L. 72) Part des réassureurs dans les provisions pour participation aux excédents à la clôture de l'exercice (compte 394 à la clôture) ;

(L. 73) Part des réassureurs dans les provisions pour participation aux excédents à l'ouverture de l'exercice (compte 394 à l'ouverture).

B. - Etat C 1 Non-vie

L'état C 1 Non-vie comporte les colonnes suivantes :

Dommages corporels : opérations individuelles (y compris garanties complémentaires aux opérations d'assurance vie) (catégorie 20) ;

Dommages corporels : opérations collectives (y compris garanties complémentaires aux opérations d'assurance vie) (catégorie 21) ;

Chômage (catégorie 31) ;

Total des opérations directes en France (catégories 20 à 31) ;

Opérations en libre prestation de services par un établissement en France ;

Acceptations par un établissement en France ;

Opérations des succursales établies dans un Etat de l'Union européenne (hors la France) ;

Opérations des succursales établies hors de l'Union européenne ;

Total général.

Lorsque l'institution ou l'union réalise des opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable, l'état C 1 Non-vie est complété par deux états annexes qui en sont l'éclatement :

- annexe A : état de modèle C 1 Non-vie pour les opérations autres que les opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable ;

- annexe B : état de modèle C 1 Non-vie pour les opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable.

L'état C 1 Non-vie comporte les lignes suivantes :

- (L. 1) Cotisations et accessoires émises (compte 7020) ;
- (L. 2) Annulations et charge des ristournes (comptes 7022 et 7023 moins 63297) ;
- (L. 3) Cotisations à émettre nettes de cotisations à annuler, à la clôture de l'exercice (compte 400 moins 401 à la clôture) ;
- (L. 4) Cotisations à émettre nettes de cotisations à annuler, à l'ouverture de l'exercice (compte 400 moins 401 à l'ouverture) ;
- (L. 5) Sous-total : Cotisations nettes (lignes L. 1 - L. 2 + L. 3 - L. 4) ;
- (L. 6) Provisions pour cotisations non acquises à la clôture (compte 31 à la clôture) ;
- (L. 7) Provisions pour cotisations non acquises à l'ouverture (compte 31 à l'ouverture) ;
- (L. 8) Sous-total : Cotisations de l'exercice (lignes L. 5 - L. 6 + L. 7) ;
- (L. 10) Sinistres payés (compte 6020) ;
- (L. 11) Versements périodiques de rentes payés (compte 6021) ;
- (L. 12) Recours encaissés (compte 6023) ;
- (L. 13) Frais de gestion des sinistres (comptes 6025 et 6028) ;
- (L. 14) Provisions pour sinistres à payer à la clôture de l'exercice (compte 332 à la clôture) ;
- (L. 15) Provisions pour sinistres à payer à l'ouverture de l'exercice (compte 332 à l'ouverture) ;
- (L. 16) Prévision de recours à encaisser à la clôture de l'exercice (compte 333 à la clôture) ;
- (L. 17) Prévision de recours à encaisser à l'ouverture de l'exercice (compte 333 à l'ouverture) ;
- (L. 18) Autres provisions techniques à la clôture de l'exercice (comptes 362 et 372 à la clôture) ;
- (L. 19) Autres provisions techniques à l'ouverture de l'exercice (comptes 362 et 372 à l'ouverture) ;
- (L. 20) Participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou aux provisions techniques (comptes 6024, 6124, 62124 et 6329 sauf 63297) ;
- (L. 21) Sous-total : Charge des prestations (lignes L. 10 + L. 11 - L. 12 + L. 13 + L. 14 - L. 15 - L. 16 + L. 17 + L. 18 - L. 19 - L. 20) ;
- (L. 30) Participations aux excédents (comptes 6323, 6324 et 6326) ;
- (L. 40) Frais d'acquisition (compte 6420) ;
- (L. 41) Frais d'administration et autres charges techniques nets (comptes 6422 et 645 moins 722 et 742) ;
- (L. 42) Subventions d'exploitation reçues (compte 732) ;

(L. 43) Produits des placements alloués (compte 7920) ;

(L. 44) Intérêts techniques nets de cessions (comptes 6320 et 6321 moins sous-comptes correspondants du compte 6392) ;

(L. 45) Sous-total : Produits financiers nets (L. 43 - L. 44) ;

(L. 50) Cotisations cédées aux réassureurs (compte 7082 moins sous-compte du compte 6392 correspondant au compte 63297) ;

(L. 51) Part des réassureurs dans les prestations payées (comptes 6092 sauf sous-compte correspondant au compte 6024) ;

(L. 52) Part des réassureurs dans les provisions techniques, autres que les provisions pour participation aux excédents, à la clôture de l'exercice (compte 39 sauf compte 395 à la clôture) ;

(L. 53) Part des réassureurs dans les provisions techniques, autres que les provisions pour participation aux excédents, à l'ouverture de l'exercice (compte 39 sauf compte 395 à l'ouverture) ;

(L. 54) Part des réassureurs dans les participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou aux provisions techniques (sous-comptes des comptes 6092, 6192 et 62912 correspondant aux comptes 6024, 6124 et 62124 ainsi que sous-comptes du compte 6392 correspondant au compte 6329 sauf sous-compte 63297) ;

(L. 55) Part des réassureurs dans les participations aux excédents (sous-comptes du compte 6392 correspondant aux comptes 6323, 6324 et 6326) ;

(L. 56) Commissions reçues des réassureurs (compte 6492) ;

(L. 57) Sous-total : Charge de la réassurance (L. 50 - L. 51 - L. 52 + L. 53 + L. 54 - L. 55 - L. 56) ;

(L. 60) Résultat technique (lignes L. 8 - L. 21 - L. 30 - L. 40 - L. 41 + L. 42 + L. 45 - L. 57).

L'état C 1 Non-vie est complété par quatre lignes hors compte :

(L. 70) Provisions pour participation aux excédents et ristournes à la clôture de l'exercice (compte 35 à la clôture) ;

(L. 71) Provisions pour participation aux excédents et ristournes à l'ouverture de l'exercice (compte 35 à l'ouverture) ;

(L. 72) Part des réassureurs dans les provisions pour participation aux excédents à la clôture de l'exercice (compte 395 à la clôture) ;

(L. 73) Part des réassureurs dans les provisions pour participation aux excédents à l'ouverture de l'exercice (compte 395 à l'ouverture).

C. - Etat C 1 Dommages corporels

L'état C 1 Dommages corporels comporte les colonnes suivantes :

Dommages corporels : opérations individuelles (y compris garanties complémentaires aux opérations d'assurance vie) (catégorie 20) ;

Dommages corporels : opérations collectives (y compris garanties complémentaires aux opérations d'assurance vie) (catégorie 21) ;

Opérations en libre prestation de services par un établissement en France ;

Acceptations par un établissement en France ;

Opérations des succursales établies dans un Etat de l'Union européenne (hors la France) ;

Opérations des succursales établies hors de l'Union européenne ;

Total général.

Si l'institution ou l'union est agréée pour pratiquer les opérations visées au b de l'article L. 931-1, l'état C 1 Dommages corporels comporte les mêmes lignes que l'état C 1 Non-vie, avec les mêmes références au plan comptable sauf pour la ligne L. 43 (Produits des placements alloués) qui reçoit le résultat du calcul effectué en application des dispositions du VII. - Classe 7, 4, point f, de l'annexe à l'article A. 931-11-9 (3e alinéa).

Si l'institution ou l'union n'est pas agréée pour pratiquer les opérations visées au c de l'article L. 931-1, l'état C 1 Dommages corporels comporte les mêmes lignes que l'état C 1 Vie.

ETAT C 2

ENGAGEMENTS ET RESULTATS TECHNIQUES PAR PAYS.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance décrivent leurs engagements et résultats techniques par pays d'établissement selon le modèle suivant :

PAYS	CODE PAYS	COTISATIONS (1)	PROVISIONS techniques (2)	RÉSULTAT technique (3)
1. Union européenne (4)				
France				
LPS depuis la France				
Belgique				
Danemark				
Allemagne				
Grèce				
Espagne				
Finlande				
Irlande				
Italie				
Luxembourg				
Pays-Bas				
Autriche				
Portugal				
Suède				
Royaume-Uni				
Total Union européenne				
2. Hors Union européenne				
Divers				
Total hors Union européenne				
Total général				

(1) Cotisations nettes au sens des lignes L. 5 de l'état C 1, brutes de réassurance. (2) Provisions techniques brutes de réassurance à la clôture de l'exercice. (3) Au sens des lignes L. 60 de l'état C 1. (4) Y compris, pour les pays de l'Union européenne autres que la France, les opérations en LPS depuis un établissement local.

Les chiffres relatifs aux pays non membres de l'Union européenne dans lesquels les cotisations sont inférieures à 1 % des cotisations en France et les provisions techniques sont inférieures à 1 % des provisions techniques en France peuvent être regroupés en une seule ligne intitulée "divers".

Si l'institution ou l'union opère dans plus de quinze pays non membres de l'Union européenne en réalisant dans chacun d'eux un volume d'activité supérieur aux seuils visés à l'alinéa précédent, seuls sont détaillés les chiffres relatifs aux quinze pays de plus forte activité en termes de cotisations d'abord, de provisions techniques ensuite. Les autres pays sont regroupés à la ligne intitulée "divers".

ETAT C 3

ACCEPTATIONS ET CESSIONS EN REASSURANCE.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance décrivent, selon le modèle fixé ci-après, leurs opérations de réassurance acceptées (tableau A) et cédées (tableau B) en les ventilant d'après l'Etat de l'établissement qui a signé le traité (France ou étranger) et en fonction du lien existant entre les cocontractants (entreprises d'assurance ou de réassurance du groupe [1] ou non).

TABLEAU A

Acceptations (France et étranger)

ACCEPTATIONS par un établissement (2) en provenance d'entreprises d'assurance	FRANÇAIS		ÉTRANGER		TOTAL
	Entreprises du groupe	Autres entreprises	Entreprises du groupe	Autres entreprises	
Cotisations acceptées					
Provisions techniques sur acceptations					
Solde technique (3)					
Intérêts sur dépôts espèces					

TABLEAU B

Cessions et rétrocessions (France et étranger)

CESSIONS PAR UN ÉTABLISSEMENT à des entreprises d'assurance ou de réassurance	FRANÇAIS		ÉTRANGER		TOTAL
	Entreprises du groupe	Autres entreprises	Entreprises du groupe	Autres entreprises	
Cotisations cédées					
Provisions techniques cédées					
Charge de réassurance (4)					
Intérêts sur dépôts espèces					

Nota. - Tableaux A et B :

(1) Les entreprises d'assurance ou de réassurance du groupe sont, au sens du présent état, celles qui seraient susceptibles d'être consolidées ou combinées par intégration globale ou intégration proportionnelle en application des dispositions de l'article 357-3 de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

(2) Acceptations telles que définies à l'article L. 931-1 : opérations visées aux a, b et c dudit article pour des salariés, anciens salariés et ayants droit telles que définies aux articles L. 932-1 et L. 932-14.

(3) Le solde technique est le montant des cotisations diminué des prestations (y compris variation des provisions techniques) et des frais d'acquisition.

(4) Charge de réassurance au sens des lignes L. 57 de l'état C 1.

ETAT C 4

COTISATIONS PAR CATEGORIES D'OPERATIONS ET DE GARANTIES.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance ventilent les cotisations nettes (au sens des lignes L. 5 de l'état C 1) par catégories, sous-catégories ou totalisations d'opérations selon le modèle fixé ci-après.

Les institutions et les unions agréées pour pratiquer les opérations visées au a de l'article L. 931-1 et celles agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1 établissent un état C 4 Vie-capitalisation-mixte. Les institutions et unions agréées pour pratiquer les opérations visées au b et/ou au c de ce même article établissent un état C 4 Non-vie.

A. - Etat C 4 Vie-capitalisation-mixte

L'état C 4 Vie-capitalisation-mixte comporte les lignes suivantes :

I. - Total des opérations directes en France (catégories 1 à 21) :

01. - Opérations de capitalisation à cotisation unique ou versements libres ;

02. - Opérations de capitalisation à cotisations périodiques ;

03. - Opérations individuelles d'assurance temporaire décès (y compris opérations collectives à adhésion facultative) (1).

031. - Temporaires décès à cotisation unique ou versements libres (1) ;

032. - Temporaires décès à cotisations périodiques (1) ;

04. - Autres opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) à cotisation unique ou versements libres (1) :

041. - Rentes à cotisation unique ou versements libres (1) ;

042. - Autres opérations à cotisation unique ou versements libres (1) ;

05. - Autres opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) à cotisations périodiques (1) :

051. - Rentes à cotisations périodiques (1) ;

052. - Autres opérations à cotisations périodiques (1) ;

06. - Opérations collectives en cas de décès (1) :

061. - Opérations collectives en cas de décès visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (1) ;

062. - Autres opérations collectives en cas de décès (1) ;

07. - Opérations collectives en cas de vie (1) :

- 071. - Opérations collectives de rentes (1) ;
- 072. - Autres opérations collectives en cas de vie (1) ;
- 08. - Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisation unique ou versements libres :
- 081. - Opérations de capitalisation en unités de compte à cotisation unique ou versements libres ;
- 082. - Temporaires décès en unités de compte à cotisation unique ou versements libres ;
- 083. - Rentes individuelles en unités de compte à cotisation unique ou versements libres ;
- 084. - Autres opérations individuelles en unités de compte à cotisation unique ou versements libres ;
- 085. - Opérations collectives en cas de décès en unités de compte à cotisation unique ou versements libres visés à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- 086. - Autres opérations collectives en cas de décès en unités de compte à cotisation unique ou versements libres ;
- 087. - Opérations collectives de rentes en unités de compte à cotisation unique ou versements libres ;
- 088. - Autres opérations collectives en cas de vie en unités de compte à cotisation unique ou versements libres ;
- 09. - Opérations d'assurance vie ou de capitalisation en unités de compte à cotisations périodiques ;
- 091. - Opérations de capitalisation en unités de compte à cotisations périodiques ;
- 092. - Temporaires décès en unités de compte à cotisations périodiques ;
- 093. - Rentes individuelles en unités de compte à cotisations périodiques ;
- 094. - Autres opérations individuelles en unités de compte à cotisations périodiques ;
- 095. - Opérations collectives en cas de décès en unités de compte à cotisations périodiques visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;
- 096. - Autres opérations collectives en cas de décès en unités de compte à cotisations périodiques ;
- 097. - Opérations collectives de rentes en unités de compte à cotisations périodiques ;
- 098. - Autres opérations collectives d'assurance en cas de vie en unités de compte à cotisations périodiques ;
- 10. - Opérations collectives relevant de l'article L. 932-24 ;
- 20. - Opérations individuelles de dommages corporels (y compris garanties complémentaires aux opérations en cas de vie ou de décès) :
- 201. - Garanties frais de soins ;
- 202. - Autres garanties ;

21. - Opérations collectives de dommages corporels (y compris garanties complémentaires aux opérations collectives en cas de vie ou de décès) :

211. - Garanties frais de soins délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

212. - Autres garanties de dommages corporels délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

213. - Garanties frais de soins non délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

214. - Autres garanties de dommages corporels non délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

II. - Total des opérations en libre prestation de services par un établissement en France ;

III. - Total des acceptations en réassurance par un établissement en France ;

IV. - Total des opérations des succursales établies dans l'Union européenne (hors la France) :

a) Opérations directes souscrites par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France) ;

b) Opérations effectuées en libre prestation de services par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France) ;

c) Acceptations en réassurance par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France) ;

V. - Total des opérations des succursales établies hors de l'Union européenne :

a) Opérations directes souscrites par les succursales établies hors de l'Union européenne ;

b) Opérations effectuées en libre prestation de services par les succursales établies hors de l'Union européenne ;

c) Acceptations en réassurance par les succursales établies hors de l'Union européenne ;

Total général (rubriques I à V).

B. - Etat C 4 Non-vie

L'état C 4 Non-vie comporte trois colonnes :

- colonne A : cotisations émises au titre d'opérations autres que les opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable et les opérations assimilées en application de l'article A. 931-11-17 ;

- colonne B : cotisations émises au titre d'opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable et d'opérations assimilées en application de l'article A. 931-11-17 ;

- colonne C : totaux partiels par catégories d'opérations et total général.

L'état C 4 Non-vie comporte les lignes suivantes :

I. - Total des opérations directes en France (catégories 20 à 31) :

20. - Dommages corporels : opérations individuelles (y compris garanties complémentaires aux opérations en cas de vie ou de décès) :

201. - Garanties frais de soins ;

202. - Autres garanties ;

21. - Dommages corporels : opérations collectives (y compris garanties complémentaires aux opérations en cas de vie ou de décès) :

211. - Garanties frais de soins délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

212. - Autres garanties de dommages corporels délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

213. - Garanties frais de soins non délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

214. - Autres garanties de dommages corporels non délivrées au sein d'opérations collectives visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ;

31. - Chômage ;

II. - Total des opérations en libre prestation de services par un établissement en France ;

III. - Total des acceptations en réassurance par un établissement en France ;

IV. - Total des opérations des succursales établies dans l'Union européenne (hors la France) :

a) Opérations directes souscrites par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France) ;

b) Opérations effectuées en libre prestation de services par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France) ;

c) Acceptations en réassurance par les succursales établies dans l'Union européenne (hors la France) ;

V. - Total des opérations des succursales établies hors de l'Union européenne :

a) Opérations directes souscrites par les succursales établies hors de l'Union européenne ;

b) Opérations effectuées en libre prestation de services par les succursales établies hors de l'Union européenne ;

c) Acceptations en réassurance par les succursales établies hors de l'Union européenne.

Total général (rubriques I à V).

(1) Hors cotisations afférentes aux garanties de dommages corporels.

ETAT C 5

REPRESENTATION DES ENGAGEMENTS REGLEMENTES. Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état retraçant la représentation de leurs engagements réglementés.

	PROVISIONS TECHNIQUES			AUTRES engagements réglementés	TOTAL
	Opérations Union européenne		Hors Union européenne		
	Opérations directes	Acceptations			
Provisions techniques des opérations collectives relevant de l'article L. 932-24				XXX	
Provisions d'assurance vie des autres opérations				XXX	
Provisions pour cotisations non acquises				XXX	
Provisions pour risques en cours				XXX	
Provisions pour sinistres à payer				XXX	
Provisions mathématiques (non-vie)				XXX	
Provisions pour participation aux excédents et ristournes				XXX	
Provisions pour égalisation				XXX	
Provisions pour risque d'exigibilité des engagements techniques				XXX	
Autres provisions techniques				XXX	
Engagements au titre des opérations relevant de la branche 75 de l'article R. 931-2-1 (1)				XXX	
Réserve de capitalisation	XXX	XXX	XXX		
Dettes privilégiées	XXX	XXX	XXX		
Dépôts de garantie des assurés, des agents et des tiers	XXX	XXX	XXX		
Réserves d'amortissement des emprunts et réserves pour cautionnements	XXX	XXX	XXX		
Total des passifs réglementés (A)					
Avances sur contrats mentionnés à l'article R. 931-10-26		XXX		XXX	
Cotisations mentionnées à l'article R. 931-10-26		XXX		XXX	
Valeurs mentionnées à l'article R. 931-10-27				XXX	
Frais d'acquisition des bulletins d'adhésion à des règlements ou des contrats reportés mentionnés à l'article R. 931-10-27				XXX	
Cotisations mentionnées à l'article R. 931-10-28		XXX		XXX	
Frais d'acquisition des bulletins d'adhésion à des règlements ou des contrats reportés mentionnées à l'article R. 931-10-28		XXX		XXX	
Créances nettes sur les cédants mentionnées à l'article R. 931-10-29	XXX			XXX	
Actifs mentionnés à l'article R. 931-10-30	XXX	XXX			
Recours admis				XXX	
Divers (2)					
Créances mentionnées à l'article R. 931-10-31	XXX	XXX	XXX		
Valeurs déposées en cautionnement	XXX	XXX	XXX		
Total des actifs admissibles divers (B)					

Base de la dispersion visée à l'article R. 931-10-22 (A-B)					
Valeurs couvrant les engagements pris dans le cadre d'opérations relevant de la branche 25 de l'article R. 931-2-1 (1)				XXX	
Autres placements mentionnés du 1o au 15o de l'article R. 931-10-21 (3)					
Dépôts mentionnés au 16o de l'article R. 931-10-21					
Intérêts courus des placements mentionnés à l'article R. 931-10-21					
Créances garanties sur les réassureurs mentionnées à l'article R. 931-10-21				XXX	
Total des placements et actifs assimilés					
(1) Les placements correspondants ne figurent au présent état que s'ils appartiennent à l'institution ou l'union. (2) Le détail de la rubrique Divers est annexé au présent état. (3) Sont notamment incluses parmi ces placements les valeurs remises par les organismes réassurés avec caution solidaire ou substitution.					

Article Annexe (2) à l'art. A931-11-17

COMPTE RENDU DETAILLE ANNUEL : ETATS D'ANALYSE DES COMPTES.

ETAT C 7

PROVISIONNEMENT DES RENTES EN SERVICE.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance qui, au titre des opérations d'assurance directe, servent des prestations périodiques conditionnées par la survie du bénéficiaire (rentes à caractère viager) établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état retraçant ces opérations.

TABLEAU A

Prestations servies au titre d'un contrat de rente, d'une garantie décès (accidentel ou non), à un bénéficiaire non victime d'un préjudice corporel personnel

1. Provisions techniques à l'ouverture de l'exercice (1)	
2. Capitaux entrés au cours de l'exercice	
3. Autres ressources (2)	
4. Produits financiers (3)	
5. Prestations payées	
6. Capitaux sortis au cours de l'exercice	
7. Provisions techniques à la clôture de l'exercice (1)	
8. Charges de gestion (4)	
Solde (= 1 + 2 + 3 + 4 - 5 - 6 - 7 - 8)	
(1) Provisions d'assurance vie et provisions mathématiques non-vie. (2) Notamment participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisionnées et ajustement des opérations en unités de compte. (3) Aux taux prévus pour la constitution des provisions d'assurance vie et des provisions mathématiques non-vie. (4) Egales aux prélèvements prévus pour la constitution des provisions d'assurance vie et des provisions mathématiques Non-vie.	

TABLEAU B

Prestations servies à un bénéficiaire victime d'un préjudice corporel personnel

Paiements et provisions par année de constitution des rentes

ANNÉE DE CONSTITUTION	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	(N)	TOTAL
-----------------------	---------------	-------	-------	-------	-------	-----	-------

1. Provisions mathématiques à l'ouverture (1)						XXXXX	
2. Capitaux entrés au cours de l'exercice (2)							
3. Autres ressources (3)							
4. Produits financiers (4)							
5. Prestations payées							
6. Capitaux sortis au cours de l'exercice							
7. Provisions mathématiques à la clôture (1)							
8. Charges de gestion (5)							
Solde = 1 + 2 + 3 + 4-5-6-7-8							
(1) Uniquement provisions mathématiques (Non-vie) en cas d'invalidité. (2) Pour les exercices antérieurs à N, uniquement par révision de rente. (3) Notamment participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisionnées. (4) Aux taux prévus pour la constitution des provisions mathématiques. (5) Egales aux prélèvements prévus pour la constitution des provisions mathématiques.							

TABLEAU C

Prestations périodiques servies à un bénéficiaire victime d'un préjudice corporel personnel (incapacité temporaire ou invalidité)

Paiements, au cours de l'exercice, par année de survenance des sinistres

ANNÉE DE SURVENANCE (1)	(N-12) et ant.	(N-11)	(N-10)	(N-9)	(N-8)	(N-7)	(N-6)
1. Indemnités journalières (incapacité temporaire)							
2. Rentes d'invalidité							
ANNÉE DE SURVENANCE (1)	(N-5)	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	(N)	TOTAL (2)
1. Indemnités journalières (incapacité)							
2. Rentes d'invalidité							
(1) En cas d'arrêts de travail successifs, l'année de survenance est déterminée comme prévu au bulletin d'adhésion, au règlement ou au contrat. (2) La colonne " Total " est la somme des 13 colonnes N-12 et antérieurs à N.							

Lorsque la faiblesse du montant des prestations périodiques servies le justifie, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution peut dispenser l'institution ou l'union de remplir le tableau C.

ETAT C 10

COTISATIONS ET RESULTATS PAR ANNEE DE SURVENANCE DES SINISTRES.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les opérations visées au b et / ou au c de l'article L. 931-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état de leurs cotisations et de leurs résultats, par année de survenance des sinistres, pour chacune des catégories, sous-catégories ou totalisations d'opérations suivantes, les opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable et les opérations assimilées en application de l'article A. 931-10-17 étant exclues. Les institutions et les unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1 et celles agréées pour pratiquer les opérations visées au a, le cas échéant pour leurs garanties complémentaires, établissent ce même état C 10 :

a) Opérations directes souscrites en France :

-dommages corporels : opérations individuelles (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (catégorie 20) ;

-dommages corporels : opérations collectives-ensemble (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (catégorie 21) ;

-dommages corporels : opérations collectives visées à l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 211 et 212) ;

-dommages corporels : opérations collectives autres (y compris garanties contre les dommages corporels complémentaires à des garanties en cas de vie ou de décès) (sous-catégories 213 et 214) ;

-chômage (catégorie 31) ;

-total des opérations directes souscrites en France (catégories 20 à 31) ;

b) Autres opérations :

-total des contrats des catégories 20 à 31 souscrits en LPS depuis la France ;

-total des acceptations en France couvrant les catégories 20 à 31 ;

-total Union européenne hors France, opérations directes et acceptées des catégories 20 à 31 ;

-total hors Union européenne : opérations directes et acceptées des catégories 20 à 31.

TABLEAU A

Cotisations acquises

ANNÉE DE RATTACHEMENT	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	Ex. INV.	TOTAL
1. Cumul des cotisations appelées, nettes d'annulations, au cours des exercices antérieurs	XXXXX						XXXXX
2. Cotisations appelées, nettes d'annulations, au cours de l'exercice inventorié							
3. Cotisations appelées, nettes d'annulations, restant à effectuer à la fin de l'exercice inventorié							
4. Fraction des cotisations non courue à la fin de l'année de rattachement antérieure (1)	XXXXX						XXXXX
5. Fraction des cotisations non courue à la fin de l'année de rattachement							XXXXX
6. Total : cotisations acquises (2)	XXXXX						XXXXX
Rappel : émissions, nettes d'annulations, restant à effectuer à la fin de l'exercice précédent					XXXXX		

(1) Montant égal au montant inscrit en ligne 5 de la colonne précédente. (2) 1 + 2 + 3 + 4-5.

TABLEAU B

Nombre de règlements, de contrats ou de traités de réassurance

Nombre à l'ouverture de l'exercice	
Nombre à la clôture de l'exercice	

TABLEAU B'

Nombre de risques (1)

Nombre de risques à l'ouverture de l'exercice	
Nombre de risques à la clôture de l'exercice	

(1) Le " risque " est ici l'indicateur de volume d'activité en opérations directes, autre que le nombre de bulletins d'adhésion à un règlement ou de contrats, le plus significatif possible, par exemple en dommages corporels : le nombre de têtes assurées. L'institution ou l'union précise l'indicateur retenu.

TABLEAU C

Coût moyen et rapport s / c par année de survenance des sinistres

ANNÉE DE SURVENANCE	(N-5)	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	Ex. INV.
1. Cumul des paiements (1), nets de recours, au cours des exercices antérieurs (2)						XXXXX
2. Paiements (1), nets de recours, au cours de l'exercice inventorié (2)						
3. Provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours, à la fin de l'exercice inventorié (2)						
4. Charge nette de recours (2) (3)						
5. Nombre de sinistres ou d'événements						
6. Coût moyen net de recours (4)						
7. Cotisations acquises à l'année						
8. Rapport s / c (en %)						

(1) Capitaux de rentes constituées dans l'exercice inclus. (2) Frais de gestion inclus. (3) 1 + 2 + 3. (4) Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de la présente annexe, les montants portés à cette ligne sont exprimés en francs.

ETAT C 11

SINISTRES PAR ANNEE DE SURVENANCE.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les opérations visées au b et / ou au c de l'article L. 931-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état de leurs sinistres, par année de survenance, pour chacune des catégories, sous-catégories ou totalisations d'opérations suivantes, les opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable et les opérations assimilées en application de l'article A. 931-10-17 étant exclues. Les institutions et les unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1 et celles agréées uniquement pour les opérations visées au a, le cas échéant pour leurs garanties complémentaires, établissent ce même état C 11.

a) Opérations directes souscrites en France :

- dommages corporels : opérations individuelles, ensemble (catégorie 20) ;
 - dommages corporels : opérations individuelles, garanties frais de soins (sous-catégorie 201) ;
 - dommages corporels : opérations individuelles, autres garanties (sous-catégorie 202) ;
 - dommages corporels : opérations collectives, ensemble (catégorie 21) ;
 - dommages corporels : opérations collectives, garanties frais de soins (sous-catégories 211 et 213) ;
 - dommages corporels : opérations collectives, autres garanties (sous-catégories 212 et 214) ;
 - chômage (catégorie 31) ;
 - total des opérations directes souscrites en France (catégories 20 à 31) ;
- b) Autres opérations :
- total des opérations des catégories 20 à 31, souscrites en LPS depuis la France ;
 - total des acceptations en France couvrant les catégories 20 à 31 ;
 - total Union européenne hors la France : opérations directes et acceptées des catégories 20 à 31 ;
 - total hors Union européenne : opérations directes et acceptées des catégories 20 à 31.

TABLEAU A

Nombre de sinistres payés ou à payer

ANNÉE DE SURVENANCE	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	Ex. INV.	TOTAL
1. Terminés à l'ouverture de l'exercice inventorié (1)	XXXXX					XXXXX	XXXXX
2. Réouverts dans l'exercice							
3. Terminés dans l'exercice inventorié							
4. Restant à payer à la clôture de l'exercice inventorié (2)							
5. Total (1-2 + 3 + 4)	XXXXX						XXXXX
6. Dont déclarés dans l'exercice inventorié							

(1) 1-2 + 3 de l'année précédente. (2) Cette ligne doit comprendre l'estimation du nombre de sinistres survenus mais non déclarés.

TABLEAU B

Sinistres, paiements et provisions

ANNÉE DE SURVENANCE	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	EX. INV.	TOTAL
1. Paiements de sinistres dans l'exercice inventorié							
2. Capitaux de rentes constitués dans l'exercice inventorié							
3. Provisions pour sinistres à payer à la							

clôture de l'exercice inventorié							
4. Participations aux excédents incorporées dans l'exercice dans les prestations payées ou provisionnées							
5. Total							
6. Provisions pour sinistres à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié						XXXXX	
7. Paiements de sinistres et de capitaux de rentes constituées cumulés des exercices antérieurs à l'exercice inventorié	XXXXX					XXXXX	XXXXX

TABLEAU C

Recours

ANNÉE DE SURVENANCE	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	EX. INV.	TOTAL
1. Recours encaissés dans l'exercice inventorié							
2. Prévision de recours restant à encaisser à la clôture de l'exercice inventorié							
3. Total							
4. Prévision de recours restant à encaisser à l'ouverture de l'exercice inventorié						XXXX	
5. Recours encaissés cumulés des exercices antérieurs à l'exercice inventorié	XXXXX					XXXXX	XXXXX

TABLEAU D

Frais de gestion des sinistres et des recours

ANNÉE DE SURVENANCE	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	EX. INV.	TOTAL
1. Frais de gestion payés dans l'exercice inventorié							
2. Provision pour frais de gestion à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
Total (1 + 2)							
4. Provisions pour frais de gestion à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié						XXXXX	
5. Frais de gestion payés cumulés des exercices antérieurs à l'exercice inventorié	XXXXX					XXXXX	XXXXX

Les institutions et les unions dont les provisions pour sinistres à payer n'atteignent pas 10 % des provisions mathématiques Non-vie sont dispensées de l'établissement des états C 11.

ETAT C 12

SINISTRES ET RESULTATS PAR ANNEE DE SOUSCRIPTION.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les opérations visées au b et / ou au c de l'article L. 931-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état de leurs cotisations, sinistres et résultats, par année de souscription des contrats, pour chacune des deux totalisations d'opérations ci-après. Les institutions et les unions agréés pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1 et celles agréées pour pratiquer les opérations visées au a, le cas échéant pour leurs garanties complémentaires, établissent ce même état C 12.

Opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable des catégories 20 à 31 :

-total des opérations directes souscrites en France des catégories 20 à 31 ;

-total des autres opérations des catégories 20 à 31, y compris opérations assimilées en application du dernier alinéa de l'article A. 931-11-17.

TABLEAU A

Sinistres, paiements et provisions, par année de souscription

ANNÉE DE SOUSCRIPTION	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	EX. INV.	TOTAL
1. Paiements de sinistres dans l'exercice inventorié							
2. Frais de gestion payés dans l'exercice inventorié							
3. Recours encaissés dans l'exercice inventorié							
4. Provisions pour sinistres à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
5. Provisions pour frais de gestion à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
6. Prévision de recours restant à encaisser à la clôture de l'exercice inventorié							
7. Autres provisions techniques à la clôture de l'exercice inventorié (1)							
8. Sous-total (lignes 1 + 2-3 + 4 + 5-6 + 7)							
9. Provisions pour sinistres à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié						XXXXX	
10. Provisions pour frais de gestion à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié						XXXXX	
11. Prévision de recours restant à encaisser à l'ouverture de l'exercice inventorié						XXXXX	
12. Autres provisions techniques à l'ouverture de l'exercice inventorié (1)						XXXXX	
13. Augmentation des cotisations acquises (2)						XXXXX	

14. Participations aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisionnées							
15. Sous-total (lignes 9 + 10-11 + 12 + 13 + 14)							
(1) Provisions pour cotisations non acquises nettes de frais d'acquisition reportés, provisions pour risques en cours, provisions pour risques croissants. (2) Nettes de frais d'acquisition.							

TABLEAU B

Rapport s / c par année de souscription

ANNÉE DE SOUSCRIPTION	(N-5)	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	EX. INV.
1. Cumul des paiements, nets de recours, au cours des exercices antérieurs (1)						XXXXX
2. Paiements, nets de recours, au cours de l'exercice inventorié (1)						
3. Provisions pour prestations à la fin de l'exercice inventorié (1) (2)						
4. Charge nette de recours						
5. Cumul des participations aux excédents incorporées aux prestations payées ou provisionnées						
6. Cotisations acquises à l'année (3)						
7. Coût net / cotisations (en %) (4)						
(1) Frais de gestion inclus. (2) Provisions pour cotisations non acquises nettes de frais d'acquisition reportés, provisions pour risques en cours, provisions pour risques croissants et provisions pour sinistres à payer, nettes de prévisions de recours. (3) Cumul des cotisations, nettes d'annulations, émises au titre de l'année de souscription considérée, augmenté de l'estimation des cotisations à émettre, nette des cotisations à annuler. (4) (Ligne 4-ligne 5) / ligne 6.						

ETAT C 13

PART DES REASSUREURS DANS LES SINISTRES.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les opérations visées au b ou au c de l'article L. 931-1 établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état retraçant la part des cessionnaires et rétrocessionnaires dans les sinistres. Les institutions et les unions agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b de l'article L. 931-1 et celles agréées pour pratiquer les opérations visées au a, le cas échéant pour leurs garanties complémentaires, établissent ce même état C 13.

TABLEAU A

Sinistres au titre d'opérations relevant des catégories 20 à 31 (1) (opérations directes en France)

ANNÉE DE SURVENANCE	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	EX. INV.	TOTAL
1. Paiements dans l'exercice inventorié							
2. Provisions pour sinistres à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
3. Total							
4. Provisions pour sinistres à payer						XXXXX	

à l'ouverture de l'exercice inventorié							
--	--	--	--	--	--	--	--

TABLEAU B

Sinistres au titre d'opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable des catégories 20 à 31 (opérations directes en France)

ANNÉE DE SURVENANCE	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	EX. INV.	TOTAL
1. Paiements dans l'exercice inventorié							
2. Provisions techniques à la clôture de l'exercice inventorié.							
3. Total							
4. Provisions techniques à l'ouverture de l'exercice inventorié.						XXXXX	
5. Augmentation des primes acquises et autres ressources (3)							
6. Total							

TABLEAU C

Sinistres au titre d'opérations des catégories 20 à 31 (2) (LPS, acceptations et opérations à l'étranger)

ANNÉE DE SURVENANCE	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	EX. INV.	TOTAL
1. Paiements dans l'exercice inventorié							
2. Provisions pour sinistres à payer à la clôture de l'exercice inventorié							
3. Total							
4. Provisions pour sinistres à payer à l'ouverture de l'exercice inventorié.						XXXXX	

TABLEAU D

Sinistres au titre des opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable des catégories 20 à 31 (LPS, acceptations et opérations à l'étranger)

ANNÉE DE SURVENANCE	(N-5) et ant.	(N-4)	(N-3)	(N-2)	(N-1)	EX. INV.	TOTAL
1. Paiements dans l'exercice inventorié							
2. Provisions techniques à la clôture de l'exercice inventorié							
3. Total							
4. Provisions techniques à l'ouverture de l'exercice inventorié.						XXXXX	
5. Augmentation des primes acquises et autres ressources (3)							
6. Total							

(1) Hors opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable des catégories 20 à 31.

(2) Hors opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable et opérations assimilées en application du dernier alinéa de l'article A. 931-11-17.

(3) Les " autres ressources " sont la contribution des cessionnaires et rétrocessionnaires dans les participants aux excédents incorporées dans l'exercice aux prestations payées ou provisionnées.

Article Annexe (3) à l'art. A931-11-17

COMPTE RENDU DETAILLE ANNUEL : ETATS D'ANALYSE DES COMPTES.

ETAT C 20

MOUVEMENTS DES BULLETINS D'ADHESION AUX REGLEMENTS OU DES CONTRATS, DES CAPITAUX ET RENTES.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les opérations visées au a de l'article L. 931-1 et celles agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état retraçant les mouvements des bulletins d'adhésion aux règlements, des contrats, des capitaux et des rentes au cours de l'exercice inventorié.

MOUVEMENTS		CATÉGORIE ou sous-catégorie
En cours à l'ouverture de l'exercice	Nombre (1)	
	Montant (2)	
Entrées :		
Souscriptions	Nombre	
	Montant	
Remplacements ou transformations	Nombre	
	Montant	
Revalorisations (3)	Nombre (4)	
	Montant	
Total des entrées	Nombre	
	Montant	
Sorties :		
Sans effet	Nombre	
	Montant	
Remplacements ou transformations	Nombre	
	Montant	
Echéances	Nombre	
	Montant	
Sinistres (5)	Nombre	
	Montant	
Extinctions	Nombre	
	Montant	
Rachats	Nombre	
	Montant	
Réductions	Nombre (4)	
	Montant	
Résiliations	Nombre	
	Montant	
Total des sorties	Nombre	
	Montant	
En cours à la clôture de l'exercice	Nombre	

	Montant	
<small>(1) Nombre de bulletins d'adhésion aux règlements et de contrats. (2) Capitaux ou rentes garantis. (3) Revalorisations au cours de l'exercice : indexations, incorporations de participations aux excédents. (4) Les nombres figurant sur cette ligne ne s'additionnent pas dans le total. (5) Pour les opérations relevant de la branche 24 (Capitalisation), cette rubrique enregistre les remboursements par tirage au sort.</small>		

Cet état comporte en colonnes les catégories et sous-catégories suivantes d'opérations directes en France :

Opérations de capitaux en francs ou en devises

Opérations de capitalisation à cotisation unique ou versements libres (catégorie 01).

Opérations de capitalisation à cotisations périodiques (catégorie 02).

Opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) : temporaires décès (catégorie 03).

Autres opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) à cotisation unique ou versements libres (sous-catégorie 042).

Autres opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) à cotisations périodiques (sous-catégorie 052).

Opérations collectives en cas de décès (catégorie 06).

Autres opérations collectives en cas de vie (sous-catégorie 072).

Opérations en unités de compte

Opérations de capitalisation à cotisation unique ou versements libres (sous-catégorie 081).

Opérations de capitalisation à cotisations périodiques (sous-catégorie 091).

Opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) : temporaires décès (sous-catégories 082 et 092).

Autres opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) à cotisation unique ou versements libres (sous-catégorie 084).

Autres opérations individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) à cotisations périodiques (sous-catégorie 094).

Opérations collectives en cas de décès (sous-catégories 085,086,095 et 096).

Opérations collectives en cas de vie (sous-catégories 088 et 098).

Opérations de rentes en francs ou en devises

Rentes individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) différées en cours de constitution (partie des sous-catégories 041 et 051) (1).

Rentes individuelles d'assurance vie (y compris opérations collectives à adhésion facultative) en service (partie des sous-catégories 041 et 051) (1).

Rentes collectives en cas de vie différées en cours de constitution (partie de la sous-catégorie 072) (2).

Rentes collectives en cas de vie en service (partie de la sous-catégorie 072) (2).

Opérations de rentes en unités de compte

Rentes différées en cours de constitution (partie des sous-catégories 083,087,093 et 097) (3).

Rentes en service (partie des sous-catégories 083,087,093 et 097) (3).

Les opérations en unités de compte sont converties en francs à la contrevaletur de l'unité de compte à la date d'inventaire et regroupées toutes unités de compte confondues. L'institution ou l'union détient le détail de chaque catégorie ou sous-catégorie par unité de compte.

(1) L'addition des éléments relatifs aux rentes individuelles différées en cours de constitution et aux rentes individuelles en service est égale au total des éléments relatifs aux sous-catégories 041 et 051.

(2) L'addition des éléments relatifs aux rentes collectives différées en cours de constitution et aux rentes collectives en service est égale au total des éléments relatifs à la sous-catégorie 072.

(3) L'addition des éléments relatifs aux rentes différées en cours de constitution et aux rentes en service est égale au total des éléments relatifs aux sous-catégories 083,087,093 et 097.

ETAT C 21

ETAT DETAILLE DES PROVISIONS TECHNIQUES.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les opérations visées au a de l'article L. 931-1 et celles agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état détaillé de leurs provisions techniques.

L'état est constitué de deux ensembles de lignes :

A.-Le premier ensemble de lignes est ordonné en quarante-trois rubriques correspondant aux catégories, sous-catégories ou regroupements d'opérations définies à l'état C 4 :

I.-Opérations directes en France : catégories ou sous-catégories

01,02,031,032,041,042,051,052,061,062,071,072,081,082,083,084,085,086,087,088,091,092,093,094,095,096,097,098,10 puis 214 ;

II.-Opérations en libre prestation de services par un établissement en France ;

III.-Acceptations en réassurance par un établissement en France ;

IV.-Opérations des succursales établies dans l'Union européenne (hors la France), détaillées par rubriques a, b puis c ;

V.-Opérations des succursales établies hors de l'Union européenne, détaillées par rubriques a, b puis c.

Ce premier ensemble comporte une ligne par règlement ou contrat type en cours. Chaque règlement ou contrat type est identifié par sa dénomination ; les différentes versions d'un contrat type proposé sous une même dénomination sont à considérer comme des règlements ou des contrats distincts. Chaque rubrique est totalisée. Les provisions techniques relatives aux garanties en francs ou en devises des opérations en unités de compte sont indiquées sur une ligne distincte rattachée au règlement ou au contrat.

Sous réserve de respecter la décomposition par régime de participation aux excédents, les institutions et les unions peuvent regrouper au sein de chaque rubrique les règlements ou contrats types dont les provisions

techniques représentent moins de 0,5 % du total des provisions techniques afférentes aux opérations directes en France ;

B.-Le deuxième ensemble de lignes retrace les provisions techniques communes à plusieurs règlements ou contrats types :

-d'abord, celles des provisions pour participation aux excédents qui ne sont pas propres à un règlement ou contrat type ;

-ensuite, les autres provisions techniques, notamment provisions pour aléas financiers, provisions de gestion, provision pour risque d'exigibilité des engagements techniques.

L'état est complété par un total général.

L'état comporte les colonnes suivantes :

-dénomination du règlement ou du contrat type ;

-nombre de bulletins d'adhésion aux règlements et de contrats en cours à la clôture de l'exercice ;

-capitaux ou rentes garantis ;

-taux d'intérêt garanti ;

-cotisations émises dans l'exercice, nettes d'annulations ;

-provisions mathématiques à la clôture de l'exercice ;

-provisions pour participation aux excédents à la clôture de l'exercice (1) ;

-autres provisions techniques spécifiques au règlement ou au contrat à la clôture de l'exercice ;

-capitaux ou rentes cédés ;

-cotisations cédées ;

-provisions mathématiques cédées à la clôture de l'exercice ;

-provisions pour participation aux excédents cédées à la clôture de l'exercice (1) ;

-autres provisions techniques spécifiques au règlement ou au contrat cédées à la clôture de l'exercice.

(1) Lorsqu'une provision pour participation aux excédents est commune à plusieurs règlements ou contrats types, les institutions et unions portent dans cette colonne, en regard de chacun des règlement et contrats types intéressés, une référence identifiant cette provision pour participation aux excédents. Cette référence est reprise dans le deuxième ensemble de lignes où le montant de la provision est détaillé.

ETAT C 30

COTISATIONS, SINISTRES ET COMMISSIONS DES OPERATIONS NON-VIE DANS L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les opérations visées au b et/ ou au c de l'article L. 931-1 et celles agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état des cotisations, sinistres et

commissions relatifs à leurs opérations Non-vie effectuées dans chacun des Etats de l'Espace économique européen hors la France et un état récapitulatif.

ÉTAT	RÉGIME D'ÉTABLISSEMENT			LIBRE PRESTATION DE SERVICES		
	Cotisations	Sinistres	Commissions	Cotisations	Sinistres	Commissions
Branches d'activité						
Accidents-maladie						
Chômage						
Total						

ETAT C 31

COTISATIONS DES OPERATIONS VIE DANS L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN (HORS LA FRANCE).

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance agréées pour pratiquer les opérations visées au a de l'article L. 931-1 et celles agréées pour pratiquer simultanément les opérations visées au a et au b établissent, selon le modèle fixé ci-après, un état des cotisations relatives à leurs opérations Vie effectuées dans chacun des Etats de l'Espace économique européen hors la France et un état récapitulatif.

ÉTAT	RÉGIME D'ÉTABLISSEMENT	LPS
Branches d'activité (1) :		
I.-Assurance vie		
II.-Nuptialité-natalité		
III.-Opérations en unités de comptes		
IV.-Opérations dites " Permanent Health Insurance "		
VII.-Gestion de fonds collectifs		
VIII.-Opérations collectives relevant de l'article L. 932-24		
IX.-Pensions de sécurité sociale		
Total		
(1) Pour la définition de ces branches, voir l'annexe à la directive 79/267/ CEE du 5 mai 1979.		

Etats spécifiques relatifs aux opérations à l'étranger

Lorsque les opérations dans un pays étranger, ou les opérations en libre prestation de services depuis la France dans l'ensemble de l'Union européenne, excèdent 5 % des opérations en France en termes de cotisations ou de provisions techniques, l'institution ou l'union complète son compte rendu annuel en y annexant un dossier spécifique à ce pays, ou aux opérations en libre prestation de services depuis la France dans l'ensemble de l'Union européenne, composé des éléments suivants :

-les états de modèle C 1 (C 1 Vie-capitalisation, C 1 Non-vie, C 1 Dommages corporels) pertinents ;

-trois états de modèle C 10 : d'une part, un état pour l'ensemble des opérations directes et acceptées des catégories 20 à 31, d'autre part, un état pour chacun des deux sous-ensembles d'opérations directes, dommages corporels (catégories 20 et 21) et chômage (catégorie 31) ;

-trois états de modèle C 11 : d'une part, un état pour l'ensemble des opérations directes et acceptées des catégories 20 à 31, d'autre part, un état pour chacun des deux sous-ensembles d'opérations directes, dommages corporels (catégories 20 et 21) et chômage (catégorie 31) ;

-un état de modèle C 12 pour l'ensemble des opérations directes et acceptées des opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable des catégories 20 à 31 et des opérations assimilées en application du dernier alinéa de l'article A. 931-11-17 ;

-un état de modèle C 20.

Les opérations assimilées à des opérations pluriannuelles à cotisation unique ou non révisable en application du dernier alinéa de l'article A. 931-11-17 sont exclues des états C 10 et C 11.

Les états modèles sont adaptés en tant que de besoin en remplaçant la mention " France " par l'indication du nom du pays, ou par la mention " LPS ".

Sous réserve de l'accord de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, l'institution ou l'union, dont l'activité le justifie, peut regrouper sous une même rubrique plusieurs ensembles d'opérations.

ETAT C 40

OPERATIONS REALISEES POUR LE COMPTE D'UNIONS D'INSTITUTIONS DE PREVOYANCE.

Les institutions de prévoyance établissent l'état ci-après pour chacune des unions dont elles sont membres :

RISQUES ET ENGAGEMENTS	COTISATIONS (1)	PRESTATIONS (1)
Branches 1 et 26.-Accidents-maladie (2) (3)		
Branche 16 a.-Chômage (2) (3)		
Branche 20.-Vie-décès		
Branche 21.-Nuptialité-natalité		
Branche 22.-Assurances liées à des fonds d'investissement		
Branche 24.-Capitalisation		
Branche 25.-Gestion de fonds collectifs		
Branches 26.-Opérations à caractère collectif de l'article L. 932-24		
Total		

(1) Cotisations et prestations afférentes à l'exercice, brutes de réassurance. (2) Cotisations au sens de la ligne 7. Cotisations acquises à l'année du tableau C de l'état C 10. (3) Prestations au sens de la ligne 4. Charges nettes de recours du même tableau C.

ETAT C 41

ACTION SOCIALE

	MONTANT
1. Produits prélevés :	
1 a. Sur opérations Non-vie	
2 b. Sur opérations Vie	
2. Produits sur placements (1)	
3. Autres produits (2)	
4. Produits exceptionnels (3)	
Total produits	
5. Allocations, attribution, et frais payés et à payer (4) :	
5 a. A caractère individuel	
5 b. A caractère collectif	
5 c. Autres allocations et attributions	
6. Frais de gestion (5)	
7. Charges exceptionnelles (6)	
Total charges	
Résultat de l'action sociale	

(1) F 3. (2) F 7. (3) F 9 a. (4) F 8 a. (5) F 8 b. (6) F 9 b (part imputable à l'action sociale des postes du compte de résultat non technique).

ETAT C 42

ELEMENTS STATISTIQUES RELATIFS A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE.

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance établissent pour leurs opérations directes (hors acceptations) en France les états suivants :

A.-Etat C 42

Statistiques relatives aux différentes catégories d'opérations en France

RISQUES ET ENGAGEMENTS	OPÉRATIONS DIRECTES EN FRANCE			
	Collectives à adhésion obligatoire	Collectives à adhésion facultative	Individuelles	Total
Frais de santé :				
-nombre de cotisants au 31 décembre (1)				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Incapacité-Invalidité :				
Mensualisation :				
-nombre de cotisants au 31 décembre				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Autres indemnités journalières :				
-nombre de cotisants au 31 décembre				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Rentes d'invalidité :				
-nombre de rentes en cours de service au 31 décembre				
-nombre de cotisants au 31 décembre				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Chômage :				
-nombre de cotisants au 31 décembre				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Indemnité et prime de fin de carrière :				
-nombre de bénéficiaires servis au cours de l'exercice				
-nombre de cotisants au 31 décembre				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Retraite supplémentaire :				
-nombre de rentes en cours de service au 31 décembre				
-nombre de cotisants au 31 décembre				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Capital :				
-nombre de capitaux versés au 31 décembre				
-nombre de cotisants au 31 décembre				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Décès :				
Invalidité totale et définitive :				
-nombre de cotisants au 31 décembre				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Rente de conjoint survivant :				

-nombre de rentes en cours de service au 31 décembre				
-nombre de cotisants au 31 décembre				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Rente d'éducation ou d'orphelin :				
-nombre de rentes en cours de service au 31 décembre				
-nombre de cotisants au 31 décembre				
-nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Total :				
-nombre de cotisants				
-nombre d'entreprises adhérentes				
(Préciser : avec double comptes sans double compte.)				
(1) Cotisants : participants visés aux 1o et 2o de l'article L. 931-3 du code de la sécurité sociale.				

B.-Etat C 42

Cotisations et prestations

RISQUES ET ENGAGEMENTS	OPÉRATIONS DIRECTES EN FRANCE							
	Collectives à adhésion obligatoire		Collectives à adhésion facultative		Individuelles		Total	
	Cot.	Prest.	Cot.	Prest.	Cot.	Prest.	Cot.	Prest.
Frais de santé (2) (3)								
Incapacité-invalidité (2) (3) :								
-mensualisation								
-autres indemnités journalières								
-rentes d'invalidité								
Chômage (2) (3)								
Indemnité et prime de fin de carrière								
Retraite supplémentaire								
Décès :								
-capitaux								
-rente de conjoint survivant								
-rente d'éducation ou d'orphelin								
Montant total								
(2) Cotisations au sens de la ligne " 7. Cotisations acquises à l'année " du tableau C de l'état C 10. (3) Prestations au sens de la ligne " 4. Charges nettes de recours " du même tableau C.								

C.-Etat C 42

Frais de santé

MONTANT DES PRESTATIONS (1)	OPÉRATIONS DIRECTES EN FRANCE			
	Collectives à adhésion obligatoire	Collectives à adhésion facultative	Individuelles	Total
Hôpitaux publics et PSPH				
Hôpitaux privés				
Sections médicalisées :				
-publiques				
-privées				
Sous-total : hôpitaux-Sections médicalisées				

Cabinets libéraux :				
-médecins				
-auxiliaires				
-dentistes				
Laboratoires d'analyses				
Etablissements thermaux				
Sous-total : soins ambulatoires				
Transports				
Total : prestations de soins				
Officines pharmaceutiques				
Distributeurs d'autres biens médicaux (lunetterie-orthopédie)				
Total : biens médicaux				
Total des prestations				
(1) Prestations afférentes à l'exercice, brutes de réassurance, au sens de la ligne " 4. Charge nette de recours " du tableau C de l'état C 10.				

Article Annexe à l'article A931-11-19

ETATS TRIMESTRIELS.

Les montants sont arrondis au millier de francs le plus proche et exprimés en milliers de francs.

ETAT T 1

FLUX TRIMESTRIELS RELATIFS AUX OPERATIONS EN FRANCE

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance établissent trimestriellement, selon le modèle fixé ci-après, un état relatif à leurs opérations réalisées en France au cours du trimestre écoulé.

QUATRE TRIMESTRES PRÉCÉDENTS	TRIM. T-7	TRIM. T-6	TRIM. T-5	TRIM. T-4	CUMUL
Nombre de bulletin d'adhésion signés ou de contrats souscrits					
Nombre de sinistres ouverts (1)					
Cotisations émises nettes d'annulations (2)					
Prestations payées (2)					
Frais d'acquisition et d'administration (2)					
Produits des placements (2)					
QUATRE DERNIERS TRIMESTRES	TRIM. T-3	TRIM. T-2	TRIM. T-1	TRIM. COURANT	CUMUL
Nombre de bulletins d'adhésion signés ou de contrats souscrits					
Nombre de sinistres ouverts (1)					
Cotisations émises nettes d'annulations (2)					
Prestations payées (2)					
Frais d'acquisition et d'administration (2)					
Produits des placements (2)					
(1) Pour les opérations visées au a de l'article L. 931-1, sinistres, sorties par tirage, échéances et rachats totaux. (2) Montants extraits du Grand Livre au dernier jour ouvrable de chaque trimestre civil avant toute opération d'inventaire.					

ETAT T 2

ENCOURS TRIMESTRIEL DES PLACEMENTS

Les institutions et les unions établissent trimestriellement, selon le modèle fixé ci-après, un état détaillant l'encours en fin de trimestre de l'ensemble de leurs placements.

DÉSIGNATION	EN COURS	
	A la fin du trimestre précédent	A la fin du trimestre inventorié
A. - Placements mentionnés à l'article R. 931-10-21		
1. Obligations et titres participatifs		
2. Obligations non cotées et autres valeurs émises ou garanties par les Etats membres de l'OCDE ou assimilés		
3. Titres de créance négociables		
4. Actions de SICAV et parts de FCP d'obligations et de titres de créance négociables		
Total des placements obligataires		
5. Actions et autres valeurs mobilières cotées à l'exclusion des actions des entreprises d'assurance		
6. Actions non cotées à l'exclusion des actions des entreprises d'assurance		
7. Parts de FCP à risques		
8. Actions des entreprises d'assurance, de réassurance ou de capitalisation (OCDE)		
9. Actions des entreprises d'assurance (hors OCDE)		
10. Actions de SICAV et parts de FCP diversifiés		
Total des actions et titres assimilés		
11. Droits réels immobiliers		
12. Parts de sociétés immobilières ou foncières non cotées (y compris les avances en compte courant)		
Total des placements immobiliers		
13. Prêts obtenus ou garantis par les Etats membres de l'OCDE ou assimilés		
14. Prêts hypothécaires		
15. Avances sur règlements ou sur contrats		
16. Autres prêts		
Total des prêts		
17. Fonds en dépôt		
TOTAL A		
B. - Autres placements		
18. Valeurs mobilières		
19. Immeubles et parts de sociétés immobilières non cotées		
20. Prêts		
21. Fonds en dépôt		
TOTAL B		
TOTAL A + B		
Engagements visés aux rubriques 1 et 2 du tableau des engagements reçus et donnés défini à l'annexe à l'article A. 931-11-11		
Engagements reçus de 3 mois au plus		
Engagements reçus de plus de 3 mois		
Engagements donnés de 3 mois au plus		
Engagements donnés de plus de 3 mois		

Article Annexe à l'article A931-11-20 Annexe 1

1. Renseignements généraux

La raison sociale de l'organisme consolidant ou combinant, son adresse, la date de sa constitution.

Les nom, date et lieu de naissance, nationalité, domicile et profession des membres du conseil d'administration de cet organisme.

Les nom, date et lieu de naissance, domicile, grade et fonction des personnels exerçant ces fonctions de direction au niveau de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées.

Les nom, adresse et date de désignation des commissaires aux comptes titulaires et suppléants de l'organisme consolidant ou combinant.

Le statut fiscal de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées.

Liste des organismes consolidés ou combinés avec indication lorsqu'ils appartiennent à une activité soumise à un contrôle (banques, assurances, services d'investissement) des autorités de contrôle auxquelles ils sont soumis ainsi que de la part détenue et du montant des fonds propres.

L'organigramme de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées avec les pourcentages de détention.

La liste des prêts réalisés entre les organismes de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées.

2. Compte de résultat, bilans consolidés ou combinés et annexe complétés par les rapports de gestion et des commissaires aux comptes

Lorsque l'organisme combinant ou consolidant a fait usage des facultés de dérogation prévues par le règlement CRC 2000-05 pour ne pas retraiter les comptes d'un organisme, les sources d'écart sont explicitées et accompagnées d'une estimation chiffrée.

Si l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées est soumis à obligation de publication des comptes par l'AMF, les documents établis en application de cette obligation sont joints au dossier annuel.

Les informations des points 3, 5 et 6 ne sont pas exigées pour les organismes assureurs mis en équivalence.

3. Etat de ventilation

des principales données techniques (état G 1)

Ventilation par organismes assureurs des cotisations émises, soldes de souscription, provisions techniques et contribution aux résultats. Doivent figurer dans cet état tous les organismes assureurs représentant plus de 5 % des cotisations ou des provisions techniques. Les organismes dans un même pays formant un sous-ensemble établissant des comptes combinés ou consolidés peuvent être regroupés. Les données des autres

organismes sont regroupées en trois rubriques : France, Union européenne (hors France), reste du monde. Cette ventilation s'effectue séparément pour les activités vie et non-vie.

4. Etat de marge ajustée (état G 2)

Un premier tableau établit l'exigence de marge en ventilant selon le mode de consolidation ou de combinaison et en indiquant, le cas échéant, les pourcentages appliqués pour les organismes assureurs en intégration proportionnelle ou mises en équivalence :

- pour les organismes établis dans l'Union européenne, cet état récapitule les exigences de marge de chaque organisme. S'il y a lieu, ce besoin de marge sera ensuite corrigé des incidences des cessions internes ;

- pour les organismes hors Union européenne, sont récapitulés les besoins de fonds propres et assimilés découlant des législations nationales. Ces éléments seront éventuellement corrigés des incidences de la réassurance interne.

En pied de tableau sont indiquées à titre informatif pour les activités hors assurances réglementées les exigences de fonds propres découlant des législations régissant ces activités.

Un second tableau analyse la façon dont ces exigences sont satisfaites au niveau de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées :

- fonds propres (part du groupe telle qu'elle figure au passif du bilan combiné) ;

- intérêts minoritaires et leur affectabilité aux différentes entités ;

- plus-values latentes et leur affectabilité aux différentes entités ;

- autres éléments éventuels.

5. Etat d'analyse de l'équilibre technique non-vie (état G 3)

Ventilation par organisme assureur des soldes de souscription séparant résultat de l'exercice et résultat de la liquidation sur exercices antérieurs. Ces données sont brutes de réassurance.

6. Etat d'analyse des provisions techniques vie (état G 4)

Ventilation des provisions techniques par organisme assureur et par type d'engagement : en unités de compte sans risque de placement, en unités de compte avec risque de placement, en euros ou en devises.

Ventilation des provisions techniques des engagements en euros ou en devises par organisme assureur et par taux d'intérêt utilisés pour leur calcul, par tranches de 0,5 %.

Ventilation des provisions techniques par organisme assureur et par type d'aléa viager : en cas de décès, en cas de vie, sans aléa viager.

Les organismes assureurs concernés sont ceux dont les provisions techniques vie représentent plus de 5 % du total des provisions techniques vie des comptes consolidés ou combinés. Les organismes formant un sous-ensemble établissant des comptes combinés ou consolidés dans un même pays peuvent être considérés comme un seul organisme. Les autres organismes sont regroupés en trois rubriques :

France, Union européenne (hors France), reste du monde.

7. Etats d'analyse des activités hors assurances (état G 5)

Si celles-ci contribuent - positivement ou négativement - à plus de 5 % du résultat de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées ou occupent plus de 5 % des effectifs de cet ensemble, les données significatives de ces activités font l'objet d'une ventilation par organisme. Les données qui doivent faire l'objet d'une ventilation sont celles qui sont retenues comme significatives dans les comptes consolidés ou combinés. Notamment, au niveau du chiffre d'affaires : produit net bancaire, commissions de services financières et, au niveau du bilan : dépôts clientèles, crédits consentis.

Article Annexe à l'article A931-11-20 Annexe 2

Chaque institution de prévoyance ou union soumise à la surveillance complémentaire fournit les tableaux suivants relatifs à l'ensemble formé par les organismes apparentés au sens de l'article L. 933-2 du code de la sécurité sociale :

1. Etat des cessions en réassurance internes au groupe

(état G 10)

Tableau des cotisations cédées par cessionnaire.

Tableau des provisions techniques à la charge de chaque cessionnaire ; ne sont déclarées que les provisions cédées supérieures à 0,5 % des provisions brutes de réassurance.

Tableau de la charge de sinistres cédés.

Tableau des résultats de ces cessions par cessionnaire récapitulant les résultats supérieurs à 5 % du résultat brut de réassurance.

La forme de ces réassurances est précisée.

2. Etat des mouvements d'actifs internes au groupe (état G 11)

Cet état ne concerne pas les transactions réalisées à des conditions déterminées objectivement par ailleurs (titres cotés) sur des titres externes à l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées.

Au-delà d'un montant supérieur à 5 % de l'exigence de marge de solvabilité de l'institution ou union concernée, les ventes ou achats d'immeubles ou de titres à l'intérieur de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées sont recensés, faisant apparaître l'organisme vendeur, l'organisme acheteur, la valeur comptable dans le premier, le prix de vente et la référence ayant permis d'établir celui-ci (expertise, capitalisation du résultat...).

Ceci inclut les souscriptions de titres émis par un organisme de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées même s'ils sont destinés à être cotés.

3. Recensement des accords de partage de frais généraux (G 12)

Liste des GIE de moyens auxquels l'institution ou union participe et indication de sa contribution aux frais de ceux-ci.

Recensement des remboursements de frais ou prestations externes assurés par d'autres organismes de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées dès lors qu'ils dépassent 10 % des frais de gestion de l'institution ou union.

4. Recensement des risques partagés solidairement (G 13)

Liste des GIE, pools et autres groupements de coassurance ou coréassurance dans lesquels l'institution ou union est solidaire sans limites des autres membres ; montants des provisions de sinistres à payer au bilan de ces groupements.

5. Recensement des opérations avec une personne physique (G 14)

Liste des opérations de toute nature avec une personne physique visée à l'article R. 933-6 dès lors qu'elles dépassent 5 % de l'exigence de marge de solvabilité de l'institution ou union.

6. Recensement des apports de fonds (G 15)

Liste des apports de fonds aux autres organismes de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées sous toute forme, en distinguant les apports en capital, en éléments de marge et autres apports dès lors qu'ils dépassent 5 % du minimum de marge de solvabilité de l'institution ou union.

7. Recensement des engagements donnés (G 16)

Liste des engagements donnés aux autres organismes de l'ensemble formé par les institutions ou unions et les organismes auxquels elles sont apparentées ou subordonnées dès lors qu'ils dépassent 5 % de l'exigence de marge de solvabilité de l'institution ou union.

Article Annexe à l'article A931-11-21

I.-Le dossier est établi sur la base des comptes du dernier exercice. Sous réserve des adaptations prévues au II, il comprend les éléments suivants :

a) Les éléments mentionnés à l'annexe I à l'article A. 931-11-20. Toutefois, lorsqu'il est fait usage de la faculté, prévue à l'article R. 933-2, de calculer la marge ajustée de la même façon que les exigences complémentaires de fonds propres d'un conglomérat financier, l'état G 2 n'est pas fourni et les informations prévues à cet état sont portées dans l'état G 20 défini ci-après.

b) Etat G 20.-Exigences complémentaires en matière d'adéquation des fonds propres :

Un premier tableau indique les exigences de solvabilité du secteur financier définies au II de l'article A. 933-11, en distinguant au minimum les exigences relatives au secteur des assurances de celles relatives au secteur bancaire et des services d'investissement.

Un second tableau indique les fonds propres du conglomérat définis au I de l'article A. 933-11 avec leur décomposition par catégorie d'éléments de fonds propres et en distinguant les capitaux transsectoriels, les éléments du secteur des assurances et ceux du secteur bancaire et des services d'investissement.

c) Etat G 21.-Concentrations de risques :

Tableau A : risque de contrepartie

Le tableau indique, pour chaque contrepartie et conformément au modèle ci-dessous, le montant agrégé des risques sur cette contrepartie, provenant notamment d'instruments financiers, de prêts, de garanties et cautions, de contrats d'assurance ou de réassurance. Sont toutefois exclus les placements d'assurance pour lesquels le risque de placement est intégralement supporté par les assurés, ou dont la contrepartie est un Etat membre de l'OCDE ou un organisme international à caractère public dont un ou plusieurs Etats membres de l'Union européenne font partie. En outre, sont seulement indiquées les contreparties pour lesquelles le montant brut agrégé excède 300 millions d'euros ou 10 % des fonds propres du conglomérat financier. Une contrepartie est soit un organisme isolé, soit plusieurs organismes appartenant au même groupe au sens du 1° de l'article R. 931-10-34. Le tableau fait apparaître le montant agrégé des risques de contrepartie pour le secteur de l'assurance d'une part, pour le secteur bancaire et des entreprises d'investissement d'autre part. A cette fin, il est considéré que la compagnie financière holding mixte appartient au secteur financier le plus important.

NOM de la contrepartie	MONTANTS bruts	DÉPRÉCIATION	MONTANTS NETS de provisions	DÉDUCTIONS	RISQUES après déduction	RISQUES NETS
Contrepartie X						
Total du secteur des assurances						
Total du secteur bancaire et des services d'investissement						
TOTAL						
Contrepartie Y						

Tableau B : risque de placement en actions et en immobilier

	VALEUR NETTE COMPTABLE des placements en actions	VALEUR NETTE COMPTABLE des placements immobiliers
Secteur des assurances		
Secteur bancaire et des services d'investissement		
Total		

d) Etat G 22.-Transactions intragroupes importantes : Doit être déclarée toute transaction intragroupe dont le montant excède 5 % des exigences de solvabilité relatives au secteur financier du conglomérat financier. Pour chaque transaction intragroupe soumise à l'obligation de déclaration sont indiquées les caractéristiques de la transaction, selon le modèle ci-après :

Type de transaction	Date	Montant	Description de l'opération (contreparties, sens, objectifs poursuivis...)
---------------------	------	---------	---

Pour les engagements figurant dans le tableau des engagements reçus et donnés ou le hors-bilan, le montant est celui repris dans ces états comptables

Doit également être déclaré tout ensemble de transactions intragroupes d'un même type lorsque le montant total de ces transactions excède le même seuil. Pour chaque type de transaction intragroupe soumise à cette obligation de déclaration est indiqué le montant total des transactions.

II.-l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution définit, après consultation des autres autorités compétentes concernées et du conglomérat financier, les seuils de déclaration appropriés.

Après consultation des autres autorités compétentes concernées définies au 10° de l'article L. 933-2 et du conglomérat financier, elle détermine les autres catégories de risques à inclure dans l'état G 21, compte tenu de la structure du conglomérat financier et de sa gestion des risques.

Article Annexe à l'article A931-11-22

ÉLÉMENTS STATISTIQUES RELATIFS À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

Etat E 1. - Statistiques relatives aux différentes catégories d'opérations

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance établissent un état E 1 "Statistiques relatives aux différentes catégories d'opérations" selon le modèle ci-après :

RISQUES ET ENGAGEMENTS avec double compte	OPÉRATIONS DIRECTES EN FRANCE			
	Collectives à adhésion obligatoire	Collectives à adhésion facultative	Individuelles	Total
Frais de santé :				
- nombre de cotisants au 31 décembre (1)				
- nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Incapacité - Invalidité :				
Mensualisation :				
- nombre de cotisants au 31 décembre				
- nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Autres indemnités journalières :				
- nombre de cotisants au 31 décembre				
- nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Rentes d'invalidité :				
- nombre de rentes en cours de service au 31 décembre				
- nombre de cotisants au 31 décembre				
- nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Chômage :				
- nombre de cotisants au 31 décembre				

- nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Indemnité et prime de fin de carrière :				
- nombre de bénéficiaires servis au cours de l'exercice				
- nombre de cotisants au 31 décembre				
- nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Retraite supplémentaire :				
- nombre de rentes en cours de service au 31 décembre				
- nombre de cotisants au 31 décembre				
- nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Décès et invalidité totale et définitive :				
Capital décès et invalidité totale et définitive :				
- nombre de capitaux versés au 31 décembre				
- nombre de cotisants au 31 décembre				
- nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Rente de conjoint survivant :				
- nombre de rentes en cours de service au 31 décembre				
- nombre de cotisants au 31 décembre				
- nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Rente d'éducation ou d'orphelin				
- nombre de rentes en cours de service au 31 décembre				
- nombre de cotisants au 31 décembre				
- nombre d'entreprises adhérentes au 31 décembre				
Total avec double compte :				
- nombre total de cotisants				
- nombre total d'entreprises adhérentes				
Total sans double compte :				
- nombre total de cotisants				
- nombre total d'entreprises adhérentes				
(1) Cotisants : participants visés aux 1° et 2° de l'article L. 931-3 du code de la sécurité sociale.				

Etat E 2. - Cotisations et prestations

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance établissent un état E 2 "Cotisations et prestations" selon le modèle ci-après :

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

RISQUES ET ENGAGEMENTS	OPÉRATIONS DIRECTES EN FRANCE							
	Collectives à adhésion obligatoire		Collectives à adhésion facultative		Individuelles		Total	
	Cot.	Prest.	Cot.	Prest.	Cot.	Prest.	Cot.	Prest.
Frais de santé (1) (2)								
Incapacité - invalidité (1) (2) :								
- mensualisation								

- autres indemnités journalières								
- rentes d'invalidité								
Chômage (1) (2)								
Indemnité et prime de fin de carrière								
Retraite								
Autres contrats d'épargne								
Dépendance								
Décès :								
- capitaux								
- rente de conjoint survivant								
- rente d'éducation ou d'orphelin								
Autres risques et engagements								
Montant total								
(1) Cotisations au sens de la ligne "7. Cotisations acquises à l'année" du tableau C de l'état C 10. (2) Prestations au sens de la ligne "4. Charges nettes de recours" du même tableau C.								

Etat E 3. - Frais de santé et indemnités journalières versés au cours de l'exercice

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties ventilées sous les codifications 20 et 21 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 931-11-17 établissent un état E 3 "Frais de santé et indemnités journalières versés au cours de l'exercice", selon le modèle ci-après.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

Tableau A : données techniques relatives au risque "santé" issues des systèmes de gestion, données qui doivent être cohérentes avec la ligne 10-12 de l'état E 4

	DONNEES TECHNIQUES ISSUES DES SYSTEMES DE GESTION : Prestations versées du risque santé	OPERATIONS DIRECTES en France		TOTAL
		Individuelles	Collectives	
01	Champ couvert - en pourcentage des prestations versées nettes de recours (1)			
02	Ensemble des Hôpitaux (Secteur Public et Secteur Privé) (2)			
03	- dont frais d'hébergement en SLD, suppléments chambres particulières, lit accompagnant... (3)			
04	Soins ambulatoires (L05 + L06 + L07 + L10 + L11 + L12)			
05	1. médecins exerçant en cabinet libéral (4)			
06	2. auxiliaires en cabinets libéraux (5)			
07	3. dentistes en cabinets libéraux			
08	- dont honoraires			
09	- dont prothèses			
10	4. Centres de Santé (Dispensaires...)			
11	5. Laboratoires d'analyse (6)			
12	6. Etablissements thermaux			
13	- dont hébergement (7)			
14	Transports des malades (ambulances, taxis, VSL, ...) (8)			

15	Total prestations de soins (L02 + L04 + L14)			
16	Officines pharmaceutiques (médicaments)			
17	Distributeurs d'autres biens médicaux (L18 + L19 + L20)			
18	1. optique			
19	2. prothèses (sauf dentaires), orthèses, VHP (9)			
20	3. petit matériel et pansements			
21	Total biens médicaux (L16 + L17)			
22	Total des prestations versées en soins et biens médicaux (L15 + L21)			
23	Autres prestations liées à la santé (L24 + L25)			
24	EHPA et EHPAD des Secteurs Public et Privé (10)			
25	Autres prestations liées à la santé (11)			
26	Total des prestations versées (L22 + L23)			

(1) importance des opérations prises en compte dans ce tableau en pourcentage des sinistres payés nets de recours (ligne 10-12 de l'état E4-C42d) (2) Les frais d'hospitalisation incluent le forfait journalier hospitalier, le ticket modérateur des journées et des actes, les honoraires et prescriptions en activité libérale. (3) Ligne à renseigner dans la mesure où ces versements pour hébergement des soins de longue durée (SLD), chambres particulières, lits accompagnant... font partie des prestations de santé de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé. (4) Honoraires médicaux y compris sage-femmes et frais de déplacement (5) Actes d'auxiliaires médicaux y compris frais de déplacement (6) Analyses médicales (7) Ligne à renseigner dans la mesure où les versements pour hébergement en cures thermales font partie des prestations de santé de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé. (8) VSL = Véhicule sanitaire léger (9) VHP : véhicule pour handicapé physique (10) EHPA = Etablissements pour Personnes âgées et EHPAD = Etablissements pour Personnes âgées Dépendantes. Ligne à renseigner si les versements correspondants relatifs à l'hébergement ou à la prise en charge de la dépendance font partie des prestations de santé de l'organisme complémentaire. Ces versements sont en effet exclus du champ des comptes de la santé. (11) Prestations liées à la santé non comptabilisées dans les rubriques précédentes (par exemple forfait naissance, allocations funéraires,...)

Tableau B : données techniques relatives au risques "incapacité de travail" issues des systèmes de gestion

	DONNEES TECHNIQUES ISSUES DES SYSTEMES DE GESTION : Prestations versées du risque incapacité de travail	OPERATIONS DIRECTES en France		TOTAL
		Individuelles	Collectives	
31	Indemnités journalières maladie			
32	Indemnités journalières maternité			
33	Indemnités journalières accidents du travail - maladie professionnelle			
34	Total des indemnités journalières versées (L01 + L02 + L03)			

Etat E 4. - Résultat technique en santé

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 211 et 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 931-11-17 établissent un état E 4 "Résultat technique en santé".

Cet état comporte les colonnes suivantes :

- santé : contrats individuels (catégorie 201 de l'état C 4 de l'article A. 931-11-17) ;
- santé : contrats collectifs (catégories 211 et 213 de l'état C 4 de l'article A. 931-11-17).

Les lignes de cet état correspondent strictement à celles de l'état C1 "Dommages corporels" telles que définies à l'article A. 931-11-17.

Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

Etat E 5. - Compléments CMU et gestion d'un régime obligatoire santé

Les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties ventilées sous les codifications 201, 211 et 213 au sens de l'état C 4 défini en annexe à l'article A. 931-11-17 établissent un état E 5 "Compléments CMU et gestion d'un régime obligatoire santé", selon le modèle ci-après. Les montants sont arrondis au millier d'euros le plus proche et exprimés en milliers d'euros.

	CODE DU PLAN COMPTABLE (*)	MONTANT (en milliers d'euros)
Gestion d'un Régime obligatoire de base		
Produits de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie	7450	
Charges de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie	6450	
CMU		
Participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU	7021	
Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS	(*)	
Prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU	6021	
Contribution versée à la CMU	6458	
(*) numéro du poste du plan comptable dans lequel l'opération est enregistrée. Pour les mutuelles le numéro est ici précisé, pour les IP et les sociétés d'assurance le numéro sera à renseigner par l'organisme		

Article Annexe à l'article A941-1-1

Renseignements généraux

Les renseignements généraux sont les suivants :

- a) La raison sociale de l'institution, son adresse, la date de dépôt des statuts auprès du ministre chargé de la sécurité sociale ainsi que de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et un exemplaire à jour des statuts lorsque ceux-ci ont été modifiés, accompagné le cas échéant des modifications intervenues ;
- b) Les nom, date et lieu de naissance, nationalité, domicile et profession de chaque membre du conseil d'administration ;
- c) Les nom, date et lieu de naissance, nationalité, domicile et fonction de chacun des membres du personnel de direction en fonction à la date d'établissement du compte rendu détaillé annuel ;
- d) Les nom, adresse et date de désignation de chaque commissaire aux comptes titulaires et suppléants ;
- e) Un tableau indiquant l'effectif moyen annualisé du personnel salarié ;
- f) La liste des entreprises adhérentes pour le compte desquelles l'institution est chargée de la gestion administrative des régimes de retraite supplémentaire ou d'indemnité de fin de carrière ;
- g) Le cas échéant, un document récapitulatif des notifications effectuées conformément aux articles 3 et 5 du décret n° 2007-1903 du 26 décembre 2007 ;
- h) Les documents d'information remis aux adhérents au cours de l'exercice ;
- i) Pour les opérations de retraite supplémentaire, le nombre de rentes en cours de service et, le cas échéant, pour les opérations d'indemnités de fin de carrière, le nombre de capitaux servis dans l'exercice ;
- j) Le montant moyen des versements par bénéficiaire effectués dans l'année, distincts pour les opérations de retraite supplémentaire et les opérations d'indemnités de fin de carrière.

Compléments aux comptes annuels

En complément aux comptes visés au 2° de l'article A. 941-1-1, les institutions de gestion de retraite supplémentaire fournissent, le cas échéant, les éléments suivants, distincts pour les opérations de retraite supplémentaire et les opérations d'indemnités de fin de carrière :

- a) Le montant des appels de fonds émis auprès des sociétés adhérentes ;
- b) Le montant des appels de fonds émis auprès des organismes assureurs, ventilés par organisme ;
- c) Le montant des versements effectués par l'institution au profit des bénéficiaires, ventilés par organisme assureur.

Article Annexe à l'article A951-1

URSSAF compétences CCAMP

Régions administratives	Organisme de recouvrement des cotisations du régime général compétent pour le recouvrement de la redevance prévue à l'article L. 951-1 du code de la sécurité sociale
- Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Bourgogne, Champagne, Ardenne, Lorraine, Alsace, Franche-Comté	URSSAF de la Côte-d'Or.
- Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées	URSSAF de la Vienne.
- Basse-Normandie, Haute-Normandie, Centre, Ile-de-France, Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion	URSSAF de Rouen.
- Rhône-Alpes, Auvergne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Languedoc-Roussillon	URSSAF de Montpellier, Lodève

Article Annexe à l'article D215-1

La composition des circonscriptions à l'intérieur desquelles s'exerce la compétence des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail est fixée ainsi qu'il suit :

Aquitaine	Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques.
Massif Central	Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme.
Bourgogne-Franche-Comté	Côte-d'Or, Doubs, Jura, Nièvre, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Yonne, Territoire de Belfort.
Nord-Picardie	Aisne, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Somme.
Centre Ouest	Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Deux-Sèvres, Vienne, Haute-Vienne.
Rhône-Alpes	Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Loire, Rhône, Savoie, Haute-Savoie.
Sud-Est	Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Corse-du-Sud, Haute-Corse, Var, Vaucluse.
Languedoc-Roussillon	Aude, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales.
Nord-Est	Ardennes, Aube, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges.
Pays de la Loire	Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée.
Centre	Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loiret, Loir-et-Cher.
Ile-de-France	Paris, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Seine-et-Marne.
Bretagne	Côtes-du-Nord, Finistère, Ille-et-Vilaine, Morbihan.
Normandie	Calvados, Eure, Manche, Orne, Seine-Maritime.
Alsace-Moselle	Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin.
Midi-Pyrénées	Ariège, Aveyron, Haute-Garonne, Gers, Lot, Hautes-Pyrénées, Tarn, Tarn-et-Garonne.

Article Annexe à l'article D322-1

CRITÈRES MÉDICAUX UTILISÉS POUR LA DÉFINITION DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE OUVRANT DROIT À LA SUPPRESSION DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURÉ AU TITRE DE L'ARTICLE L. 322-3 (3°) DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée accident vasculaire cérébral invalidant

Relève de l'exonération du ticket modérateur l'accident vasculaire cérébral (AVC) en présence de troubles neurologiques persistants au-delà de vingt-quatre heures nécessitant une prise en charge médicale lourde, des soins de maintenance puis de rééducation active.

L'exonération initiale est accordée pour une période de deux ans, renouvelable pour une durée variable selon l'évolution de l'affection :

Cinq ans, renouvelable, dans les cas où persiste un important déficit neurologique entraînant une invalidité évidente ;

Deux ans, renouvelable, dans les cas où persistent des séquelles moins importantes mais justifiant une rééducation prolongée.

2. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur :

2.1. Aplasies médullaires globales ou limitées à une seule lignée :

2.1.1. Aplasies médullaires (AM) globales :

Ce sont des insuffisances quantitatives de la production médullaire touchant les trois lignées, avec moelle osseuse hypocellulaire, en relation avec une réduction du nombre de cellules-souches hématopoïétiques primitives. Une AM globale peut être acquise ou, beaucoup plus rarement, constitutionnelle.

Ces affections relèvent de l'exonération du ticket modérateur pour une durée de cinq ans, renouvelable.

2.1.1. a) Aplasies médullaires globales acquises :

Ce sont des pathologies peu fréquentes en dehors des AM survenant dans les suites immédiates d'une chimiothérapie antimétabolique (la prise en charge de ces dernières relève de l'affection cancéreuse concernée). Les AM globales acquises reconnaissent pour la plupart dans leur mécanisme un phénomène auto-immun.

Une fois installée, une AM globale acquise ne régresse jamais spontanément et doit faire l'objet d'un traitement spécialisé.

2.1.1. b) Aplasies médullaires globales constitutionnelles :

La moins rare est la maladie de Fanconi de transmission héréditaire autosomique récessive.

2.1.2. Aplasies médullaires dissociées ou restreintes à une ligne médullaire :

Le défaut de production ne concerne qu'une lignée. Sont concernées les érythroblastopénies chroniques constitutionnelles ou acquises, les agranulocytoses chroniques constitutionnelles et les amégacaryocytoses chroniques constitutionnelles.

Ces affections relèvent de l'exonération du ticket modérateur pour une durée de cinq ans, renouvelable.

Toute récurrence ou apparition d'une séquelle tardive grave dont le lien de causalité avec le traitement est établi conduit à la reprise de l'exonération du ticket modérateur.

2.2. Syndromes myélodysplasiques (SMD) :

Entrent dans le cadre des SMD : les cytopénies réfractaires simples, les anémies réfractaires sidéroblastiques, les anémies réfractaires avec excès de blastes et la leucémie myélomonocytaire chronique.

Ces affections relèvent de l'exonération du ticket modérateur pour une durée de cinq ans, renouvelable.

2.3. Autres cytopénies chroniques ou à rechutes :

Les plus fréquentes résultent d'une destruction de mécanisme immunologique. Ces manifestations peuvent parfois révéler ou compliquer une maladie auto-immune générale (lupus érythémateux disséminé), un lymphome ou une leucémie lymphoïde chronique et relèvent alors de la prise en charge spécifique de chaque affection. Cependant, elles sont bien souvent idiopathiques.

Sont notamment concernées les anémies hémolytiques auto-immunes chroniques, les purpuras thrombopéniques auto-immuns chroniques, les neutropénies chroniques sévères. Ces dernières comportent le syndrome de Felty et des variétés idiopathiques. Il convient d'exclure de ce cadre les pseudo-neutropénies par excès de margination des polynucléaires habituellement moins prononcées et dénuées de risque infectieux.

Ces affections relèvent de l'exonération du ticket modérateur pour une durée de cinq ans, renouvelable.

3. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur :

- l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) au stade d'ischémie permanente chronique, ou avec un épisode d'ischémie aiguë, ou ayant nécessité un geste de revascularisation ou d'amputation ;
- les autres artériopathies chroniques (artères à destinée viscérale, principalement digestive et rénale) avec manifestations ischémiques objectivement documentées.

Les atteintes pariétales (lésions ulcéro-végétantes, anévrismes ou dissections) de l'aorte thoracique ou abdominale objectivement documentées, sont également exonérées au titre de cette affection.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

4. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée bilharziose compliquée

L'exonération du ticket modérateur concerne les bilharzioses compliquées :

- complication aiguë des primo-invasions : syndrome toxi-infectieux immunoallergique systémique ;
- complications évolutives spécifiques à chaque espèce de schistosome : hypertension portale, pathologies obstructives de l'arbre urinaire et insuffisance rénale, stérilité, complications encéphalique et médullaire, hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), carcinome vésical, bilharziomes compressifs ou hémorragiques.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de deux ans, renouvelable.

5. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur :

5.1.L'insuffisance cardiaque systolique (ICS) symptomatique chronique associant des symptômes de l'IC (au repos ou à l'effort) présents ou retrouvés dans les antécédents et une preuve objective d'une dysfonction cardiaque systolique au repos, avec une fraction d'éjection (FE) FE \geq 40 %.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

5.2.L'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée (ICFSP) symptomatique chronique associant :

- des symptômes de l'IC (au repos ou à l'effort) présents et retrouvés dans les antécédents objectivés par une poussée d'IC aiguë congestive (sous forme d'œdème pulmonaire) ;

- un signe objectif (parmi électrocardiogramme (ECG), radiographie, échographie, peptide natriurétique de type B [BNP]) de dysfonction cardiaque au repos, avec une fonction systolique préservée ou modérément altérée (FE \geq 40 %) ;

- une réponse au traitement pharmacologique de l'IC.

L'insuffisance cardiaque est irréversible en l'absence de cause curable.

L'exonération initiale est accordée pour une période de cinq ans, renouvelable.

5.3. Les troubles du rythme supraventriculaires graves :

Sont concernées :

- la fibrillation auriculaire (FA) paroxystique récidivante (se terminant spontanément en moins de sept jours, généralement en 48 heures), avec des récurrences entrecoupées d'épisodes en rythme sinusal ;

- la FA persistante récurrente (nécessitant un choc électrique ou un traitement pharmacologique pour être réduite), avec des récurrences (\geq 7 jours) entrecoupées d'épisodes en rythme sinusal ;

- la FA permanente (cardioversion inefficace ou non envisagée).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de deux ans, renouvelable, étant précisé que la poursuite d'un traitement anticoagulant ne constitue pas, en elle-même, une condition suffisante de renouvellement systématique de l'exonération.

5.4. Les troubles du rythme ventriculaire graves :

Sont concernés :

- les troubles du rythme ventriculaire pouvant entraîner une instabilité hémodynamique et une mort subite cardiaque :

- tachycardie ventriculaire (TV) :

- soutenue ou non ;

- monomorphe ou polymorphe (dont les torsades de pointe) ;

- fibrillation ventriculaire (FV) ;

- les troubles du rythme ventriculaire potentiellement graves : toute extrasystolie ventriculaire n'ayant pas les caractéristiques de la bénignité c'est-à-dire avec extrasystoles ventriculaires monomorphes non répétitives, survenant à distance du sommet de l'onde T, sur cœur sain.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de deux ans, renouvelable si la poursuite d'un traitement (médicaments et/ ou implantation d'un défibrillateur) s'avère nécessaire.

5.5. Les cardiopathies valvulaires et congénitales graves :

Sont concernées :

- les cardiopathies valvulaires (rétrécissement ou insuffisance), avec une atteinte valvulaire quantifiée sévère (rétrécissement serré ou fuite importante), ou une atteinte valvulaire quantifiée moins sévère avec des symptômes d'IC ou d'ischémie myocardique, ou, en l'absence de symptôme, une preuve objective à l'échocardiogramme de dysfonction cardiaque au repos (FE abaissée), hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) ou dilatation ventriculaire marquée ;

- les patients atteints de cardiopathies valvulaires opérés (prothèses valvulaires cardiaques, tubes) ou de cardiopathies congénitales complexes ayant subi une intervention cardiaque et dont la réparation est incomplète.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

6. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée maladies chroniques actives du foie et cirrhoses

Relèvent d'une exonération du ticket modérateur :

6.1. Les hépatites chroniques virales B présentant une positivité de l'Ag HBs et :

- des signes de réplication virale active : ADN VHB \geq 2 000 UI/ ml ou une élévation même occasionnelle de l'activité des transaminases ;

- la nécessité d'un traitement antiviral ou d'un suivi prolongé.

L'exonération est accordée pour une durée initiale de deux ans, renouvelable si le patient reçoit le traitement antiviral.

L'apparition de séquelles graves dont le lien de causalité avec le traitement est établi conduit à la reprise de l'exonération du ticket modérateur.

6.2. Les hépatites virales C prouvées par la présence de l'ARN du virus de l'hépatite C (VHC) dans le sérum et :

- une indication de bilan initial de sévérité de l'affection ;

- la nécessité d'un traitement antiviral ou d'un suivi prolongé.

L'exonération est accordée pour une durée initiale de deux ans, renouvelable si le patient reçoit le traitement antiviral.

L'apparition de séquelles graves dont le lien de causalité avec le traitement est établi conduit à la reprise de l'exonération du ticket modérateur.

6.3. Toute cirrhose dont le diagnostic est établi sur un ensemble de données cliniques, morphologiques et histologiques :

L'exonération du ticket modérateur peut être accordée en l'absence de confirmation (par ponction biopsie hépatique (PBH) ou autre moyen non invasif) si les arguments épidémiologiques, cliniques et biologiques, voire les éléments obtenus fortuitement par imagerie ou endoscopie, sont concordants.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

7. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine

Relèvent d'une exonération du ticket modérateur :

7.1. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé :

La variété de ces déficits immunitaires primitifs graves est grande, résultant d'anomalies des lymphocytes, des phagocytes, des immunoglobulines ou du complément.

Sont notamment concernés :

- les déficits immunitaires combinés sévères, le syndrome des lymphocytes dénudés et les affections apparentées nécessitent des traitements lourds (du type greffe de moelle osseuse ou greffe de foie fœtal) en milieu hospitalier et une surveillance biologique prolongée ;
- les déficits immunitaires combinés incomplets du type syndrome de Wiskott-Aldrich ou ataxie téléangiectasie sont également l'objet de traitements prolongés et d'explorations coûteuses, répétés au fil des années ;
- les déficits importants de l'immunité cellulaire, tel le syndrome de Di George, relèvent de greffes du thymus fœtal ou de traitements de longue durée ;
- les déficits en immunoglobulines comportant un abaissement constant et significatif du taux des IgG (par exemple, en dessous de 2,5 g par litre chez le petit enfant et de 5 g par litre chez le grand enfant ou l'adulte), notamment l'agammaglobulinémie de Burton et les grandes hypogammaglobulinémies dites communes, qui nécessitent l'administration itérative et indéfiniment prolongée d'immunoglobulines. En revanche, les fréquents déficits isolés en IgA ne relèvent pas d'une exonération du ticket modérateur ;
- d'autres déficits immunitaires à composante lymphocytaire : syndrome à hyper IgE, candidose cutanéomuqueuse chronique ;
- les déficits majeurs de la phagocytose ou de la bactéricidie (granulomatose septique chronique ou affections apparentées, déficits de la mobilité ou de l'adhérence des phagocytes, par exemple liés à l'absence de certaines glycoprotéines de membrane) nécessitent tous une prise en charge prolongée afin que soient convenablement conduits la prophylaxie ou le traitement anti-infectieux et parfois le traitement étiologique ;
- les cas de déficits primitifs du complément comportant des manifestations graves à répétition (infections sévères, syndrome lupique, vascularite importante, œdème angioneurotique héréditaire).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de deux ans, renouvelable lorsqu'un traitement important et coûteux ou des examens biologiques onéreux doivent être répétés avec une grande fréquence.

7.2. Infection par le virus de l'immuno-déficience humaine :

Sont concernés :

- l'infection par le VIH affirmée par les résultats concordants de deux prélèvements distincts et par un test de confirmation (Western-Blot ou un immuno-Blot) sur l'un des prélèvements ; l'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable ;
- le nouveau-né de mère séropositive dans les deux ans suivant sa naissance.

8. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée diabète de type 1 et diabète de type 2

Relève de l'exonération du ticket modérateur le diabète, de type 1 et de type 2, défini par la constatation à deux reprises au moins d'une glycémie à jeun supérieure ou égale à 7 mmol/ l (1,26 g/ l) dans le plasma veineux.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de 5 ans, renouvelable.

9. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave

Relèvent d'une exonération du ticket modérateur :

9.1. Les formes graves des affections neurologiques et musculaires :

Sont concernées les formes graves des affections neurologiques et musculaires suivantes :

- des affections musculaires primitives (les myopathies au sens général du terme, et plus particulièrement les dystrophies musculaires progressives, les polymyosites) ;
- la myasthénie ;
- des affections du système nerveux périphérique : polynévrites (souvent de cause indéterminée), multinévrites (habituellement en rapport avec une affection exonérante de la liste), polyradiculonévrites diverses, polyneuropathies dites dégénératives (telles que maladie de Thévenard, de Denny-Brown, de Charcot-Marie-Tooth, de Déjerine-Sottas) ;
- de multiples affections médullaires, acquises ou héréditaires comme la sclérose latérale amyotrophique, les atteintes évolutives de la corne antérieure, la syringomyélie, la poliomyélite antérieure aiguë ;
- les hérédo-ataxies (dégénérescences spino-cérébelleuses de tous types, atrophies cérébelleuses dégénératives) et les séquelles ataxiques de neuropathies diverses.

La liste des affections citées n'est pas limitative. De nombreux syndromes neurologiques d'étiologie ou de classification imprécise peuvent y être rattachés. Pour toutes ces affections, les critères de gravité doivent être appréciés de façon très large.

L'exonération doit être accordée dès l'indication du bilan initial à visée diagnostique comportant de multiples investigations, ou ultérieurement devant l'aggravation de l'état du malade ou en raison de nécessités thérapeutiques (orthopédie, rééducation, kinésithérapie etc.)

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

9.2.L'épilepsie grave :

Sont concernées :

- l'épilepsie qui s'intègre dans le contexte d'une pathologie à l'origine de déficits neurologiques ou neuropsychologiques permanents.L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans renouvelable ;
- l'épilepsie non associée à des déficits permanents, en présence d'au moins un des critères de gravité suivants : fréquence des crises élevée ; nature des crises (pouvant être à l'origine de chutes ou entraîner une rupture du contact avec l'entourage, sévérité allant jusqu'à l'état de mal épileptique) ; pharmaco-résistance.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de deux ans, renouvelable.

10. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur :

10.1. Les hémoglobinopathies invalidantes parmi lesquelles on peut en particulier citer les :

- syndromes drépanocytaires et thalassémiques majeurs ;
- syndromes thalassémiques bêta intermédiaires ;
- hémoglobinopathies rares de transmission dominante générant soit une anémie chronique (Hb instables) soit une polyglobulie congénitale (Hb hyperaffines).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

10.2. Les hémolyses génétiques et acquises chroniques ou évoluant par poussées parmi lesquelles on peut en particulier citer :

- la sphérocytose héréditaire (maladie de Minkowski-Chauffard) et les formes graves des autres maladies apparentées (xérocytose, stomatocytose) ;
- les déficits en pyruvate-kinase, en glucose 6-phosphate déshydrogénase (de forme grave type I ou II) ;
- les autres enzymopathies érythrocytaires de forme grave ;
- la micro-angiopathie thrombotique thrombocytopénique.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

Ne relèvent pas de l'exonération du ticket modérateur les formes mineures des hémoglobinopathies (thalassémique ou, drépanocytaire, HbC ou HbE...) qui sont en règle générale asymptomatiques et bien supportées. Leur prise en charge médicale est restreinte à l'établissement du diagnostic.

11. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur les affections qui suivent :

11.1.L'hémophilie, maladie constitutionnelle de l'hémostase liée à un déficit en facteur VIII ou IX exposant les sujets atteints à des hémorragies graves :

L'exonération du ticket modérateur est justifiée dès lors que des hospitalisations répétées ou des substitutions par des fractions coagulantes sont nécessaires en particulier lors de chaque procédure invasive même minime (extraction dentaire par exemple).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

11.2. Les autres maladies constitutionnelles graves de l'hémostase caractérisées par l'absence ou l'anomalie d'un constituant plasmatique ou plaquettaire indispensable à une hémostase normale : maladie de Willebrand ; déficits en facteurs plasmatiques I (afibrinogénémies), II, V, VII, X, XI, XIII, thrombopathies constitutionnelles :

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

11.3. Les rares et graves formes acquises d'hémophilie (auto-anticorps antifacteur VIII) et de syndrome de Willebrand acquis :

Ces cas relèvent de l'exonération du ticket modérateur tant que leur prise en charge thérapeutique est nécessaire.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

12. (Paragraphe supprimé)

13. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée maladie coronaire

Toute ischémie myocardique objectivement documentée (ECG, épreuve d'effort, scintigraphie de perfusion, échographie de stress, échographie d'effort, holter ECG, coronarographie) relève de l'exonération du ticket modérateur.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

14. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée insuffisance respiratoire chronique grave

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur les situations suivantes :

14.1. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) :

Sont concernés :

- les BPCO avec $paO_2 \leq 60$ mmHg et/ ou $paCO_2 \geq 50$ mmHg à distance d'un épisode aigu ;

- les BPCO lorsque le volume expiratoire maximum seconde (VEMS), mesuré dans de bonnes conditions techniques, est inférieur à 50 % des valeurs théoriques normales.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de 5 ans, renouvelable.

14.2. Maladie asthmatique :

Dans le cas de la maladie asthmatique, les seuls critères gazométriques ou spirométriques ne sont pas toujours pertinents. Est concerné l'asthme persistant sévère défini par l'association des critères de sévérité clinique et des critères thérapeutiques suivants :

1° Critères de sévérité clinique avant traitement de fond :

- symptômes quotidiens ;
- symptômes d'asthme nocturne fréquents ;
- exacerbations fréquentes ;
- activité physique limitée par les symptômes avec VEMS ou débit expiratoire de pointe (DEP) 60 % des valeurs attendues ou variabilité du DEP ¹ 30 %.

2° Critères thérapeutiques :

- chez l'adulte ou l'adolescent : patient nécessitant de hautes doses de corticostéroïdes inhalés (μ 1 500 g/ j équivalent béclométhasone) associés à un bêta-2 agoniste de durée d'action prolongée (B2LA) et, si besoin (pour exacerbation ou en continu) à un antagoniste des récepteurs aux cystéinyl-leucotriènes ou à la théophylline (et ses dérivés) ou aux corticoïdes oraux ;
- chez l'enfant : patient nécessitant de hautes doses de corticostéroïdes inhalés (μ 1 000 g/ j équivalent béclométhasone) associés à un bêta-2 agoniste de durée d'action prolongée (B2LA) chez l'enfant de plus de 4 ans ou à un antagoniste des récepteurs aux cystéinyl-leucotriènes ou à la théophylline (et ses dérivés).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

14.3. Insuffisance respiratoire chronique d'autre origine :

Sont concernés :

- les syndromes obstructifs ou restrictifs quelle que soit la cause avec $paO_2 < 60$ mm Hg et/ ou $paCO_2 > 50$ mmHg à distance d'un épisode aigu ;
- les syndromes restrictifs avec capacité pulmonaire totale inférieure à 60 % des valeurs théoriques normales ;
- les malades dont la SaO_2 chute au-dessous de 90 % pendant un test de marche de six minutes.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

15. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée maladie d'Alzheimer et autres démences

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur la maladie d'Alzheimer et les démences correspondant à la définition suivante : syndrome dû à une affection cérébrale habituellement chronique et progressive et caractérisé par une perturbation durable de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation. Elles ont un retentissement sur la vie quotidienne ou sur la vie professionnelle. Le syndrome survient dans la maladie d'Alzheimer, dans les maladies vasculaires cérébrales et dans d'autres affections, qui touchent le cerveau primitivement ou secondairement (par exemple : VIH, traumatisme crânien, maladie de Huntington, dégénérescences lobaires fronto-temporales, démence à corps de Lewy, maladie de Creutzfeldt-Jakob, maladie de Parkinson, intoxications chroniques à des substances psychotropes, etc.).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

16. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée maladie de Parkinson

Relève de l'exonération du ticket modérateur toute affection comportant un syndrome parkinsonien non réversible (maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques) nécessitant l'administration d'au moins un traitement anti parkinsonien pendant au moins six mois.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

17. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé

Les maladies métaboliques héréditaires concernées sont très nombreuses mais toutes rares.

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur les maladies héréditaires monogéniques à transmission mendélienne, certaines maladies mitochondriales à hérédité maternelle et quelques affections sporadiques dès lors que leur traitement comporte au moins l'un des éléments suivants :

- des régimes spéciaux comportant des aliments de substitution ;
- pour certaines affections, l'administration régulière d'un traitement médicamenteux substitutif ou à visée épuratrice ;
- pour certaines affections, une alimentation artificielle administrée par voie parentérale ou entérale à débit constant ;
- la surveillance à domicile du traitement. Le contrôle de la maladie et du traitement en milieu spécialisé ;
- la rééducation et la prise en charge des handicaps inhérents.

En revanche, sont exclues de l'exonération les maladies métaboliques non héréditaires (notamment la maladie coeliaque) et les maladies métaboliques à hérédité polygénique, notamment les hyperlipoprotéïnémies et les hyperuricémies de cause non monogénique.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

18. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée mucoviscidose

Relève de l'exonération du ticket modérateur toute mucoviscidose dès que le diagnostic est objectivement documenté.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

19. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ou idiopathique

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur :

19.1. Néphropathie chronique grave :

Sont concernées les atteintes glomérulaires, interstitielles, vasculaires, tubulaires ou les maladies héréditaires rénales, évoluant sur le mode chronique, en présence d'au moins un des critères de gravité suivants :

- un débit de filtration glomérulaire (estimé chez l'adulte par la formule de Cockcroft ou le MDRD et chez l'enfant par la formule de Schwartz) inférieur à 60 ml/ min, à deux reprises à plus de trois mois d'intervalle ;

- une protéinurie permanente supérieure de façon durable à au moins deux examens, à 1 g par vingt-quatre heures et par 1,73m² de surface corporelle et qui peut justifier un traitement continu ;
- une hypertension artérielle permanente nécessitant un traitement médicamenteux au long cours (HTA ¹ 130/80 mm Hg) ;
- des troubles métaboliques phosphocalciques, acidobasiques, électrolytiques ou une anémie nécessitant un traitement et une surveillance biologique ;
- une uropathie nécessitant des soins et une surveillance continus.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

19.2. Syndrome néphrotique primitif ou idiopathique :

Sont concernées les formes de syndrome néphrotique primitif ou idiopathique (le syndrome néphrotique est défini par l'association d'une protéinurie abondante ¹ 3 g/ j chez l'adulte ou ¹ 50 mg/ kg/ jr chez l'enfant et d'une hypoalbuminémie , 30 g/ l) nécessitant une surveillance médicale, des examens biologiques de contrôle et un traitement médicamenteux au long cours.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de deux ans, renouvelable.

Toute récurrence ou apparition d'une séquelle tardive grave dont le lien de causalité avec le traitement est établi conduit à la reprise de l'exonération du ticket modérateur.

20. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée paraplégie

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur les lésions médullaires avec déficit moteur de la partie inférieure du corps, quelle qu'en soit l'étiologie (notamment traumatique ou compressive, vasculaire, dégénérative), dès lors que le traitement nécessite des soins lourds et ou fréquents.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

Il est précisé que les atteintes non traumatiques du neurone périphérique sont comprises dans le champ de l'ALD formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave .

21. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur :

21.1. Vascularites :

Sont concernées les vascularites comportant des manifestations ou symptômes extra-cutanés et les vascularites cutanées dont l'évolution est marquée par des rechutes multiples. Cette disposition concerne les différentes vascularites quelle que soit leur étiologie, virale (virus B ou C de l'hépatite en particulier) ou non.

En raison des difficultés diagnostiques de ces affections, la preuve histologique n'est pas exigée, certains malades étant traités sur un faisceau convergent d'arguments cliniques, biologiques ou radiologiques.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

21.2. Lupus érythémateux systémique (LES) :

Sont concernés :

- le lupus érythémateux systémique (lupus érythémateux disséminé), quelle qu'en soit la forme, la gravité, et associé ou non au syndrome des anticorps anti-phospholipides (SAPL).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

Ne relèvent pas de l'exonération du ticket modérateur les cas de lupus discoïde chronique isolé.

- les lupus induits (lupus iatrogènes).

L'exonération du ticket modérateur est accordée pour une durée initiale de deux ans, renouvelable si ce délai n'a pas permis la disparition des anomalies cliniques et biologiques après le retrait du traitement inducteur.

21.3. Sclérodémie systémique :

Sont concernées :

- les scléroses systémiques cutanées diffuses si la sclérose cutanée remonte au-dessus des coudes ou des genoux ou atteint le tronc ;

- les scléroses systémiques cutanées limitées si la sclérose cutanée ne remonte pas au-dessus des coudes et des genoux et épargne le tronc ;

- les scléroses systémiques limitées sans sclérose cutanée (sclérodémie systémique sine scleroderma).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

22. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée polyarthrite rhumatoïde évolutive

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur les polyarthrites inflammatoires d'évolution chronique justifiant un traitement de fond.

On entend par polyarthrite inflammatoire la polyarthrite rhumatoïde ou polyarthrite avec réaction de Waaler-Rose et test au latex négatifs, ou affections apparentées qui en partagent le caractère inflammatoire, l'évolutivité, les thérapeutiques et le pronostic fonctionnel tels le rhumatisme psoriasique et les formes articulaires des connectivites.

Il est précisé que si les traitements de fond, bien que justifiés, ne sont pas possibles, les formes de polyarthrite rhumatoïde évolutive se traduisant par un handicap lourd relèvent d'une exonération du ticket modérateur.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

23. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée affections psychiatriques de longue durée

Trois ordres de critères médicaux doivent être réunis pour ouvrir droit à l'exonération du ticket modérateur : le diagnostic de l'affection, son ancienneté et ses conséquences fonctionnelles.

1° Diagnostic établi selon la liste et les critères de la CIM 10 :

a) Les psychoses : schizophrénies, troubles schizo-affectifs et troubles délirants persistants :

En revanche, les troubles psychotiques aigus et transitoires (bouffées délirantes isolées) ne relèvent pas de l'exonération du ticket modérateur.

b) Les troubles de l'humeur récurrents ou persistants :

- troubles bipolaires (maladies maniaco-dépressives) ;
- troubles dépressifs récurrents (après trois épisodes au moins) ;
- troubles de l'humeur persistants et sévères.

En revanche, l'épisode dépressif isolé, la réaction dépressive brève, la réaction aiguë à un facteur de stress et la dysthymie légère ne relèvent pas de l'exonération du ticket modérateur.

c) Les déficiences intellectuelles et les troubles graves du développement durant l'enfance :

Sous cette rubrique, figurent les déficiences intellectuelles primaires (retard mental, psychoses infantiles déficitaires) comportant une réduction notable de l'efficacité et intriquées à des troubles psychiatriques ou à des troubles marqués de la personnalité ou du comportement. Les troubles du développement retenus débutent dans la première ou la deuxième enfance, et concernent des fonctions liées à la maturation biologique du SNC, avec une évolution continue sans rémission (autisme infantile, troubles graves des conduites et du fonctionnement social débutant dans l'enfance, troubles envahissants du développement,...).

d) Les troubles névrotiques sévères et les troubles graves de la personnalité et du comportement :

Sous cette rubrique, il convient de faire entrer des perturbations qui, d'un point de vue nosographique, ont été individualisées sous des terminologies diverses :

- troubles anxieux graves ;
- états limites ;
- troubles profonds de la personnalité : paranoïaque, schizoïde, dyssoziale ;
- troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale) ;
- troubles addictifs graves ;
- dysharmonies évolutives graves de l'enfance.

L'exonération du ticket modérateur est limitée aux formes de troubles mentaux avec manifestations sévères, notamment :

- pour les manifestations de type hystérique : les phénomènes de conversion répétitifs et prolongés ou la méconnaissance étendue des éléments de réalité relèvent de l'exonération du ticket modérateur ;
- pour les manifestations de type obsessionnel : l'envahissement par des conduites compulsives ou par des rites contraignants, et la présence de modes de pensée paralysants relèvent de l'exonération du ticket modérateur ;
- pour les manifestations de type phobique : l'étendue des mesures d'évitement et des moyens contraphobiques et les phases prolongées de sidération relèvent de l'exonération du ticket modérateur ;

- pour les manifestations anxieuses : la souffrance du sujet, l'impossibilité de faire des projets, la restriction marquée des intérêts et l'anticipation systématiquement péjorative de l'avenir relèvent de l'exonération du ticket modérateur.

2° L'ancienneté de cette affection :

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur les affections dont l'ancienneté est supérieure à un an au moment de la demande. Il appartient au médecin traitant de fournir des repères chronologiques sur l'histoire de cette affection.

3° Conséquences fonctionnelles (aspects cognitifs, affectifs, comportementaux) :

Les affections relevant de l'exonération du ticket modérateur sont celles ayant des conséquences fonctionnelles majeures et en relation directe avec cette affection. Il s'agit de décrire le handicap créé par l'affection dans la vie quotidienne du patient puisque, en psychiatrie, la sévérité du diagnostic n'est pas toujours corrélée à la sévérité du handicap qui en découle.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

24. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives

Relève de l'exonération du ticket modérateur toute maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) dont le diagnostic est établi sur un ensemble de données cliniques, morphologiques et histologiques.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de deux ans, renouvelable.

Toutefois le renouvellement n'est pas accordé pour :

- les formes de maladie de Crohn non opérée et n'ayant pas fait de poussée malgré l'absence de traitement de fond pendant les deux premières années d'évolution ;

- les formes de rectocolite hémorragique (RCH) exclusivement rectales ne nécessitant pas de traitement de fond et sans poussée significative pendant les deux premières années d'évolution.

25. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée sclérose en plaques

Relève de l'exonération du ticket modérateur la sclérose en plaques :

- dès qu'un traitement immunomodulateur de fond est prescrit à l'issue du bilan diagnostique, même en l'absence de handicap permanent ;

- dès qu'il existe un handicap permanent (parfois seulement constitué d'une asthénie ou de troubles cognitifs) nécessitant un traitement symptomatique et justifiant une prise en charge au long cours.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

26. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée scoliose idiopathique structurale évolutive

Relèvent d'une exonération du ticket modérateur les scolioses idiopathiques structurales :

- avec une courbure (angle de COBB) d'emblée ¹ à 30° quel que soit l'âge ;

- avec une courbure d'au moins 15° s'aggravant de 5° entre deux radiographies successives (habituellement à six mois d'intervalle) chez l'enfant ;

- avec une perte de taille ou une évolution cyphosante confirmée par deux radiographies à cinq ans d'intervalle chez l'adulte justifiant d'un traitement orthopédique ou chirurgical ;

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable en cas de prolongation du traitement orthopédique ou de nouvelle indication chirurgicale.

27. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée spondylarthrite grave

Relèvent de l'exonération du ticket modérateur les spondylarthrites graves d'évolution chronique justifiant un traitement de fond ou les affections apparentées qui en partagent le caractère inflammatoire, l'évolutivité, les thérapeutiques et le pronostic fonctionnel : rhumatisme psoriasique, spondylarthropathies secondaires telles le syndrome de Fiessenger-Leroy-Reiter, les formes articulaires des Yersiniose, la maladie périodique, ainsi que les manifestations rhumatismales accompagnant les entéropathies type maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique.

Il est précisé que si les traitements de fond, bien que justifiés, ne sont pas possibles, les formes de spondylarthrite grave se traduisant par un handicap lourd relèvent d'une exonération du ticket modérateur.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

28. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée suite de transplantation d'organe

Relèvent d'une exonération du ticket modérateur les suites de transplantation (rénale, cardiaque, hépatique, pulmonaire, pancréatique, intestinale, etc. ; ou de greffe de moelle osseuse).

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

En revanche, les suites de la greffe de cornée ne relèvent pas de l'exonération du ticket modérateur, sauf dans les cas exceptionnels où un traitement corticoïde ou immunosuppresseur par voie générale est nécessaire. L'exonération est alors accordée pour une durée de deux ans, renouvelable.

29. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée tuberculose maladie, lèpre

29.1. Tuberculose maladie :

Relèvent d'une exonération du ticket modérateur :

- les cas confirmés : maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosis prouvée par la culture ;

- les cas probables : signes cliniques ou radiologiques compatibles avec une tuberculose entraînant la décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

La durée de la thérapeutique antituberculeuse est le plus souvent de six mois (jusqu'à douze mois dans certaines formes de la maladie). La guérison est confirmée à dix-huit mois après le début du traitement par un examen clinique et radiographique.

La durée d'exonération est de deux ans.

29.2. Lèpre :

Relève du ticket modérateur la lèpre ou maladie de Hansen, quels que soient son ancienneté d'évolution, sa forme clinique (tuberculoïde ou lépromateuse) et son caractère bacillifère ou non.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

30. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

Relèvent d'une exonération du ticket modérateur les affections malignes caractérisées par :

- des arguments objectifs indiscutables : histologie, perturbations hématologique ou humorale caractéristiques ;
- ou, en l'absence de preuve directe, un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques ou biologiques convergents et emportant la décision médicale.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable dès lors que la poursuite d'une thérapeutique ou la prise en charge diagnostique et thérapeutique des séquelles liées à la maladie ou aux traitements, notamment l'usage permanent d'appareillages, sont nécessaires.

Toute récurrence ou apparition d'une séquelle tardive grave dont le lien de causalité avec le traitement est établi conduit à la reprise de l'exonération du ticket modérateur.

Article Annexe à l'article D461-1

Liste des maladies ayant un caractère professionnel dont la déclaration est obligatoire pour tout docteur en médecine qui peut en avoir connaissance.

A - Maladies susceptibles d'avoir une origine professionnelle et d'être imputée aux agents chimiques suivants (1)

NUMERO d'ordre	AGENTS CHIMIQUES
4	Glucinium (béryllium) et ses composés.
5	Boranes.
6	Composés du carbone suivants (2) : Oxyde de carbone ; Oxychlorure de carbone ; Sulfure de carbone ; Acide cyanhydrique ; Cyanures métalliques ; Composés du cyanogène ; Esters isocyaniques.
7	Composés de l'azote suivants : Ammoniaque ; Oxydes d'azote ; Acide nitrique.
8	Ozone.
9	Fluor et ses composés.
15	Phosphore et ses composés, notamment les esters phosphoriques, pyrophosphoriques, thiophosphoriques, ainsi que les autres composés organiques du phosphore.
16	Composés du soufre suivants : Hydrogène sulfuré ; Anhydride sulfureux ; Acide sulfurique ; Mercaptans et thioéthers, thiophène, thiophénol et homologues, ainsi que les dérivés halogénés de ces substances ; Esters des acides du soufre.
17	Chlore et composés minéraux.
23	Oxydes de vanadium.
24	Chrome et ses composés.
25	Manganèse et ses composés.
28	Nickel et ses composés.
30	Oxyde de zinc.
33	Arsenic et ses composés.
35	Brome et ses composés minéraux.
48	Cadmium et ses composés.
53	Iode et ses composés minéraux.

80	Mercure et ses composés.
81	Thallium et ses composés.
82	Plomb et ses composés.
601	Hydrocarbures aliphatiques, saturés ou non, cycliques ou non : Benzène, toluène, xylènes et autres homologues du benzène ; Vinylbenzène, divinylbenzène, diphényle, tétraline ; Naphthalènes et homologues.
602	Dérivés halogénés des hydrocarbures aliphatiques ou aromatiques.
603	Alcools, polyalcools et leurs esters nitriques ; Ethers, tétrahydrofurane, dioxane, oxyde de diphényle et autres oxydes organiques, ainsi que leurs dérivés halogénés.
604	Phénols et homologues, naphols et homologues, ainsi que leurs dérivés halogénés.
605	Aldéhydes, furfural.
606	Cétones, benzoquinone.
607	Acides organiques, leurs anhydrides, leurs esters, ainsi que les dérivés halogénés de ces substances.
608	Nitriles.
609	Dérivés nitrés aliphatiques.
	Dérivés nitrés des hydrocarbures aromatiques et des phénols.
610	Dérivés halogénés des dérivés nitrés des hydrocarbures et des phénols.
611	Dérivés azoïques et azoïques.
612	Amines aliphatiques et leurs dérivés halogénés.
	Amines et hydrazines aromatiques, ainsi que leurs dérivés halogénés, phénoliques, nitrosés, nitrés et sulfonés.
613	Pyridine et autres bases hétérocycliques.
	Alcaloïdes.
620	Substances hormonales.
620	Substances hormonales.

(1) Les agents chimiques ont été classés dans l'ordre des numéros atomiques de l'élément le plus caractéristique.

(2) En raison de leur nombre considérable et de leur importance, les hydrocarbures et leurs dérivés ont fait l'objet d'une classification particulière prenant en considération leur fonction chimique (rubrique 601 et suivantes).

B - Maladies susceptibles d'avoir une origine professionnelle et d'être imputées aux agents physiques suivants :

1. Rayonnements ionisants.
2. Energie radiante.
3. Bruit.
4. Milieux où la pression est supérieure à la pression atmosphérique.
5. Vibrations mécaniques.

C - Maladies infectieuses ou parasitaires susceptibles d'avoir une origine professionnelle :

1. Maladies provoquées par les helminthes, l'ankylostomedeodéal, l'anguillule de l'intestin.
2. Infection charbonneuse, tétanos, leptospiroses, brucelloses.
3. Autres maladies infectieuses ou parasitaires transmises à l'homme par des animaux ou débris d'animaux.
4. Maladies infectieuses du personnel s'occupant de prévention, soins, assistance à domicile, recherches.

5. Maladies tropicales, notamment : paludisme, amibiase, trypanosomiase, dengue, fièvre à pappataci, fièvre de Malte, fièvre récurrente, fièvre jaune, peste, leishmaniose, pian, lèpre, typhus exanthématique et autres rickettsioses.

D - Maladies de la peau susceptibles d'avoir une origine professionnelle (autres que celles imputables à l'une des causes sus-énumérées) :

1. Cancers cutanés et affections cutanées précancéreuses éventuellement imputables à certains produits tels que : brais, goudrons, bitumes, suies, huiles anthracéniques, huiles minérales et paraffines brutes.

2. Affections cutanées imputables aux alcalis caustiques, aux ciments, aux bois exotiques et autres produits irritants.

3. Affections cutanées imputables à toute autre cause en relation avec le milieu professionnel.

E - Affections des voies respiratoires susceptibles d'avoir une origine professionnelle :

1. Pneumoconioses.

2. Affections broncho-pulmonaires imputables à des poussières ou fumées.

3. Asthme.

F - Autres affections susceptibles d'avoir une origine professionnelle :

1. Maladies des bourses périarticulaires dues à des pressions, cellulites sous-cutanées.

2. Maladies consécutives au surmenage des gaines tendineuses, du tissu péri-tendineux, des insertions musculaires et tendineuses.

3. Lésions du ménisque.

5. Arrachements par surmenage des apophyses épineuses.

6. Paralysies des nerfs dues à la pression.

7. Crampes.

8. Nystagmus.

9. Scorbut.

Article Annexes à l'article D912-15

ÉLÉMENTS STATISTIQUES RELATIFS À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES SALARIÉS DANS LE CADRE D'UNE RECOMMANDATION DE BRANCHE

Vous pouvez consulter les tableaux dans le fac-similé du JO n° 0148 du 28/06/2015, texte n° 17 à l'adresse suivante http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20150628&numTexte=17&pageDebut=10937&pageFin=10940

Article Annexe à l'art. D931-37

Eléments statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire

Etat E 1 : personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties

Les organismes d'assurance mentionnés ci-dessous établissent un état E 1 "personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties" :

-les entreprises d'assurance pratiquant des opérations mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 310-1 du code des assurances et celles pratiquant des opérations relevant de la branche 16 a définie à l'article R. 321-1 du code des assurances ;

-les mutuelles et unions ;

-les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance.

Les données à fournir correspondent à l'ensemble des informations du tableau suivant. Vous pouvez consulter l'image dans le fac-similé du

JO n° 0303 du 31/12/2015, texte n° 87 à l'adresse suivante

http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031740394

Etat E 2 : primes et prestations par type de garanties

Les organismes d'assurance mentionnés ci-dessous établissent un état E 2 "primes et charges de prestations par type de garanties" :

-les entreprises d'assurance pratiquant des opérations mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 310-1 du code des assurances et celles pratiquant des opérations relevant de la branche 16 a définie à l'article R. 321-1 du code des assurances ;

-les mutuelles et leurs unions ;

-les institutions de prévoyance et les unions d'institutions de prévoyance.

Les données à fournir correspondent à l'ensemble des informations des tableaux suivants. Vous pouvez consulter l'image dans le fac-similé du

JO n° 0303 du 31/12/2015, texte n° 87 à l'adresse suivante

http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031740394

Etat E 3 : frais de soins et indemnités journalières payés au cours de l'exercice

Les entreprises d'assurance, mutuelles et unions, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties de dommages corporels (y compris garanties accessoires ou complémentaires aux contrats individuels d'assurance en cas de vie ou de décès) établissent un état E 3 "frais de soins et indemnités payés au cours de l'exercice".

Les données à fournir correspondent à l'ensemble des informations des tableaux suivants. Vous pouvez consulter l'image dans le fac-similé du

JO n° 0303 du 31/12/2015, texte n° 87 à l'adresse suivante

http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031740394

Etat E 4 : résultat technique en frais de soins

Les entreprises d'assurance, mutuelles et unions, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties frais de soins (y compris garanties accessoires ou complémentaires aux contrats individuels d'assurance en cas de vie ou de décès), établissent un état E 4 "résultat technique en frais de soins".

Les données à fournir correspondent à l'ensemble des informations du tableau suivant.

Ces données pourront être fournies dans un autre état collecté par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Vous pouvez consulter l'image dans le fac-similé du

JO n° 0303 du 31/12/2015, texte n° 87 à l'adresse suivante

http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031740394

Etat E 5 : Compléments frais de gestion des garanties "frais de soins", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé

Les entreprises d'assurance, mutuelles et unions, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance proposant des garanties frais de soins (y compris garanties accessoires ou complémentaires aux contrats individuels d'assurance en cas de vie ou de décès) établissent un état E 5 "Compléments frais de gestion des garanties " frais de soins ", gestion déléguée d'un régime obligatoire santé, CMU, ACS et taxe sur les conventions d'assurance des contrats santé".

Les données à fournir correspondent à l'ensemble des informations des tableaux suivants. Vous pouvez consulter l'image dans le fac-similé du

JO n° 0303 du 31/12/2015, texte n° 87 à l'adresse suivante

http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031740394

Article Annexe 1 à l'art. R611-2-I

Représentants des caisses de base au conseil d'administration de la Caisse nationale du régime social des travailleurs indépendants

Caisses	Artisans, commerçants ou professions libérales	Artisans	Commerçants	Professions libérales	Total des représentants
Alpes		1	1		2
Alsace	1				1
Aquitaine		1	1		2
Auvergne	1				1
Bourgogne	1				1
Bretagne		1	1		2
Centre		1	1		2

Champagne-Ardenne	1				1
Corse	1				1
Côte d'Azur		1	1		2
Franche-Comté	1				1
Languedoc-Roussillon		1	1		2
Limousin	1				1
Lorraine	1				1
Midi-Pyrénées		1	1		2
Nord - Pas-de-Calais		1	1		2
Basse-Normandie	1				1
Haute-Normandie	1				1
Paris Centre		1	1		2
Paris Est		1	1		2
Paris Ouest		1	1		2
Pays de la Loire		1	1		2
Picardie	1				1
Poitou-Charentes	1				1
Provence		1	1		2
Rhône		1	1		2
Caisses des professions libérales				8	8
Antille-Guyane	1				1
Réunion	1				1
Total				8	50

Article Annexe 2 (R611-21 et R611-22)

Annexe 2 à l'article R. 611-21

Circonscription et composition des conseils d'administration des caisses de base du régime social des travailleurs indépendants

I - Caisses communes aux groupes des artisans et des industriels ou commerçants											
					ÉLUS						
		Caisses de base			Artisans				Professions libérales		Total des élus
	Catég.		Circonscription				Industriels et commerçants				
		Circonscription	No	Département	Actifs	Retraités	Actifs	Retraités	Actifs	Retraités	
1	1	Alsace.	67-68.	Bas-Rhin, Haut-Rhin.	8	4	8	4			24
2	1	Champagne-Ardenne.	08-10-51-52.	Ardennes, Aube, Marne, Haute-Marne.	8	4	8	4			24
3	1	Corse.	2A-2B.	Haute-Corse, Corse-du-Sud.	8	4	8	4			24
4		Franche-Comté.	25-39-70-90.	Doubs, Jura, Haute-Saône, Territoire-de-Belfort.	8	4	8	4			24
5		Limousin.	19-23-87.	Corrèze, Creuse, Haute-Vienne.	8	4	8	4			24
6	1	Picardie.	02-60-80.	Aisne, Oise, Somme.	8	4	8	4			24

7	2	Auvergne.	03-15-43-63.	Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme.	10	5	10	5			30
8	2	Bourgogne.	21-58-71-89.	Côte-d'Or, Nièvre, Saône-et-Loire, Yonne.	10	5	10	5			30
9	2	Lorraine.	54-55-57-88.	Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Vosges.	10	5	10	5			30
10	2	Basse-Normandie.	14-50-61.	Calvados, Manche, Orne.	10	5	10	5			30
11	2	Haute-Normandie.	27-76.	Eure, Seine-Maritime.	10	5	10	5			30
12	2	Poitou-Charentes.	16-17-79-86.	Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres, Vienne.	10	5	10	5			30
13	3	Alpes (Grenoble).	26-38-73-74.	Drôme, Isère, Savoie, Haute-Savoie.	12	6	12	6			36
14	3	Aquitaine.	24-33-40-47.	Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques.	12	6	12	6			36
15	3	Bretagne	22-29-35-56.	Côtes-d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine, Morbihan.	12	6	12	6			36
16	3	Centre.	18-28-36-37-41-45.	Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret.	12	6	12	6			36
17	3	Côte d'Azur.	06-83.	Alpes-Maritimes, Var.	12	6	12	6			36
18	3	Languedoc-Roussillon.	11-30-34-48-86.	Aude, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales.	12	6	12	6			36
19	3	Midi-Pyrénées.	9-12-31-46-82-83-84-85-86-87-88-89-91-92-93-94-95-96-97-98-99.	Ariège, Aveyron, Haute-Garonne, Lot, Gers, Hautes-Pyrénées, Tarn, Tarn-et-Garonne.	12	6	12	6			36
20	3	Nord - Pas-de-Calais.	59-62.	Nord, Pas-de-Calais.	12	6	12	6			36
21	3	Paris Centre.	75-93.	Paris,	12	6	12	6			36

				Seine-Saint-Denis.							
22	3	Paris Est.	77-91-94.	Seine-et-Marne, Essonne, Val-de-Marne.	12	6	12	6			36
23	3	Paris Ouest.	78-95-92.	Yvelines, Val-d'Oise, Hauts-de-Seine.	12	6	12	6			36
24	3	Pays de Loire.	44-49-53-72	Mayenne, Sarthe, Vendée.	12	6	12	6			36
25	3	Provence-Alpes.	04-05-13-84	Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Bouches-du-Rhône, Vaucluse.	12	6	12	6			36
26	3	Rhône (Lyon).	01-07-42-69	Ain, Ardèche, Loire, Rhône.	12	6	12	6			36
II - Caisse des professions libérales de France métropolitaine											
27	3	France métropolitaine	France métropolitaine	France métropolitaine					24	12	36
III - Caisses des départements d'outre-mer											
28	1	Antilles-Guyane.	971-972-973	Guadeloupe, Guyane, Martinique.	6	2	6	2	6	2	24
29	1	Réunion.	974.	Réunion.	6	2	6	2	6	2	24

Article Annexe 3 à l'art. R611-31

ANNEXE 3

À L'ARTICLE R. 611-31

Répartition des sièges entre secteurs électoraux de la caisse des professions libérales de France métropolitaine

INTERRÉGIONS ET RÉGIONS	ACTIFS	RETRAITÉS	TOTAL
Alsace, Lorraine, Franche-Comté	1	1	2
Rhône-Alpes	3	1	4
Aquitaine, Poitou-Charentes, Pays de la Loire	3	1	4
Bourgogne, Centre, Limousin	1	1	2
Basse-Normandie, Bretagne, Haute-Normandie	2	1	3
Corse, PACA	3	1	4
Champagne-Ardenne, Nord - Pas-de-Calais, Picardie	1	1	2
Ile-de-France	8	3	11
Auvergne, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées	3	1	4
Total	25	11	36

Article Annexe 1 à l'art. R611-9

Répartition des sièges d'administrateurs représentant la caisse mutuelle régionale des professions artisanales de la région parisienne et les collèges électoraux artisanaux de certaines caisses mutuelles régionales communes aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales.

Caisse mutuelle régionale des professions artisanales de la région parisienne

2 sièges

Le collège artisanal de la caisse mutuelle régionale d'Aquitaine

1 siège

Le collège artisanal de la caisse mutuelle régionale de Bretagne

1 siège

Le collège artisanal de la caisse mutuelle régionale de Midi-Pyrénées

1 siège

Le collège artisanal de la caisse mutuelle régionale des Pays de la Loire

1 siège

Le collège artisanal de la caisse mutuelle régionale du Rhône

1 siège

Total

7 sièges

Article Annexe 2 à l'art. R611-9

Répartition des sièges d'administrateurs représentant la caisse mutuelle régionale des professions industrielles et commerciales de la région parisienne, y compris la section mutuelle autonome de la batellerie, et les collèges électoraux industriels et commerciaux de certaines caisses mutuelles régionales communes aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales.

La caisse mutuelle régionale des professions industrielles et commerciales de la région parisienne et la section mutuelle autonome d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés de la batellerie

3 sièges

Le collège industriel et commercial de la caisse mutuelle régionale d'Aquitaine

1 siège

Le collège industriel et commercial de la caisse mutuelle régionale de Bretagne

1 siège

Le collège industriel et commercial de la caisse mutuelle régionale de Midi-Pyrénées

1 siège

Le collège industriel et commercial de la caisse mutuelle régionale des Pays de la Loire

1 siège

Le collège industriel et commercial de la caisse mutuelle régionale du Rhône

1 siège

Total

8 sièges

Article Annexe 2 bis à l'art. R611-9

Caisses mutuelles régionales communes aux groupes des professions artisanales et aux groupes des professions industrielles et commerciales disposant chacune d'un siège.

Caisse mutuelle régionale des Alpes

1 siège

Caisse mutuelle régionale d'Alsace

1 siège

Caisse mutuelle régionale d'Auvergne

1 siège

Caisse mutuelle régionale de Bourgogne

1 siège

Caisse mutuelle régionale du Centre

1 siège

Caisse mutuelle régionale de Champagne-Ardenne

1 siège

Caisse mutuelle régionale de la Corse

1 siège

Caisse mutuelle régionale de la Côte d'Azur

1 siège

Caisse mutuelle régionale de la Franche-Comté

1 siège

Caisse mutuelle régionale du Languedoc-Roussillon

1 siège

Caisse mutuelle régionale du Limousin

1 siège

Caisse mutuelle régionale de la Lorraine

1 siège

Caisse mutuelle régionale de la Basse-Normandie

1 siège

Caisse mutuelle régionale de la Haute-Normandie

1 siège

Caisse mutuelle régionale du Nord

1 siège

Caisse mutuelle régionale du Pas-de-Calais

1 siège

Caisse mutuelle régionale de Picardie

1 siège

Caisse mutuelle régionale de Poitou-Charentes

1 siège

Caisse mutuelle régionale de Provence

1 siège

Total

19 sièges

Article Annexe 3 à l'art. R611-28

TABLEAU RELATIF AUX CIRCONSCRIPTIONS ET AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION DES CAISSES MUTUELLES REGIONALES D'ASSURANCE MALADIE ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS NON-SALARIES DES PROFESSIONS NON-AGRICOLES (FRANCE METROPOLITAINE)

I. - Caisse mutuelles régionales communes aux groupes des professions artisanales et des professions industrielles et commerciales

CAISSES : Caisse mutuelle régionale du Nord.

CIRCONSCRIPTIONS : Département du Nord.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 24

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 7

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 7

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale du Pas-de-Calais.

CIRCONSCRIPTIONS : Département du Pas-de-Calais.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 22

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 6

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 6

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Picardie.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 22

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 6

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 6

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Haute-Normandie.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de l'Eure et de la Seine-Maritime.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 22

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 6

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 6

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Basse-Normandie.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements du Calvados, de l'Orne et de la Manche.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 22

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 6

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 6

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Bretagne.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements d'Ille-et-Vilaine, des Côtes-d'Armor, du Finistère et du Morbihan.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 30

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 9

Retraités : 3

Industriels et commerçants :

Actifs : 9

Retraités : 3

CAISSES : Caisse mutuelle régionale des Pays de la Loire.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de la Mayenne, de la Sarthe, de Maine-et-Loire, de la Loire-Atlantique et de la Vendée.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 30

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 9

Retraités : 3

Industriels et commerçants :

Actifs : 9

Retraités : 3

CAISSES : Caisse mutuelle régionale du Centre.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements d'Eure-et-Loir, du Loiret, de Loir-et-Cher, du Cher, de l'Indre et d'Indre-et-Loire.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 24

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 7

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 7

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Poitou-Charentes.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements des Deux-Sèvres, de la Vienne, de la Charente et de la Charente-Maritime.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 24

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 7

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 7

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale du Limousin.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 22

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 6

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 6

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale d'Aquitaine.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de la Dordogne, de la Gironde, de Lot-et-Garonne, des Landes et des Pyrénées-Atlantiques.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 30

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 9

Retraités : 3

Industriels et commerçants :

Actifs : 9

Retraités : 3

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Midi-Pyrénées.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements du Lot, de l'Aveyron, de Tarn-et-Garonne, du Tarn, du Gers, des Hautes-Pyrénées et de l'Ariège.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 30

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 9

Retraités : 3

Industriels et commerçants :

Actifs : 9

Retraités : 3

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Languedoc-Roussillon.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de la Lozère, du Gard, de l'Hérault, de l'Aude et des Pyrénées-Orientales.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 24

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 7

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 7

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Provence.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements des Hautes-Alpes, des Alpes-de-Haute-Provence, de Vaucluse et des Bouches-du-Rhône.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 24

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 7

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 7

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de la Côte d'Azur.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements des Alpes-Maritimes et du Var.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 24

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 7

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 7

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de la Corse.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de la Haute-Corse et de la Corse-du-Sud.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 22

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 6

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 6

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale du Rhône.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de l'Ain, de la Loire, du Rhône et de l'Ardèche, arrondissement de Vienne et cantons de La Verpillière et de L'Isle-d'Abeau (Isère).

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 30

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 9

Retraités : 3

Industriels et commerçants :

Actifs : 9

Retraités : 3

CAISSES : Caisse mutuelle régionale des Alpes.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de la Savoie, de la Haute-Savoie, de l'Isère (arrondissement de Vienne et canton de La Verpillière exclus) et de la Drôme.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 24

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 7

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 7

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale d'Auvergne.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de l'Allier, du Puy-de-Dôme, du Cantal et de la Haute-Loire.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 24

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 7

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 7

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Bourgogne.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de la Côte-d'Or, de Saône-et-Loire, de la Nièvre et de l'Yonne.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 24

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 7

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 7

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Franche-Comté.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de la Haute-Saône, du Doubs, du Jura et territoire de Belfort.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 22

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 6

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 6

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale d'Alsace.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 22

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 6

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 6

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Lorraine.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de la Moselle, de la Meuse, de Meurthe-et-Moselle et des Vosges.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 24

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 7

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 7

Retraités : 2

CAISSES : Caisse mutuelle régionale de Champagne-Ardenne.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements des Ardennes, de la Marne, de l'Aube et de la Haute-Marne.

NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 22

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Artisans :

Actifs : 6

Retraités : 2

Industriels et commerçants :

Actifs : 6

Retraités : 2

Article Annexe 4 à l'art. R611-34

II - Caisses mutuelles régionales compétentes pour un groupe professionnel (autre que le groupe professions libérales) :

CAISSES : Caisse mutuelle régionale des professions artisanales de la région parisienne.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Essonne, Yvelines et Seine-et-Marne.

NOMBRE DE MEMBRES des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 26

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Actifs : 15

Retraités : 5

CAISSES : Caisse mutuelle régionale des professions industrielles et commerciales de la région parisienne.

CIRCONSCRIPTIONS : Départements de Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Essonne, Yvelines et Seine-et-Marne.

NOMBRE DE MEMBRES des conseils d'administration (toutes catégories comprises) : 30

NOMBRE DE MEMBRES représentants des assurés :

Actifs : 18

Retraités : 6

Tableau 1 Siège et ressort des tribunaux des affaires de sécurité sociale I. - Régimes autres que le régime agricole

Article Annexe I

DÉPARTEMENTS	TRIBUNAUX DES AFFAIRES de sécurité sociale	
	Siège	Ressort
Cour d'appel d'Agen		
Gers.	Auch.	Le département.
Lot.	Cahors.	Le département.
Lot-et-Garonne.	Agen.	Le département.
Cour d'appel d'Aix en Provence		
Alpes-de-Haute-Provence.	Digne-les-Bains.	Le département.
Alpes-Maritimes.	Nice.	Le département.
Bouches-du-Rhône.	Marseille.	Le département.
Var.	Toulon.	Le département.
Cour d'appel d'Amiens		
Aisne.	Laon.	Arrondissements de Soissons, de Château-Thierry et de Laon, sauf le canton de La Fère.
	Saint-Quentin.	Arrondissements de Saint-Quentin et de Vervins, plus le canton de La Fère.
Oise.	Beauvais.	Le département.
Somme.	Amiens.	Le département.
Cour d'appel d'Angers		
Maine-et-Loire.	Angers.	Le département.
Mayenne.	Laval.	Le département.
Sarthe.	Le Mans.	Le département.
Cour d'appel de Bastia		
Corse-du-Sud.	Ajaccio.	Le département.
Haute-Corse.	Bastia.	Le département.
Cour d'appel de Besançon		
Doubs.	Besançon.	Arrondissements de Besançon, de Pontarlier et les cantons de Clerval, Maïche, Le Russey.
	Montbéliard.	Arrondissements de Montbéliard, moins les cantons de Clerval, Maïche, le Russey.
Jura.	Lons-le-Saunier.	Le département.
Haute-Saône.	Vesoul.	Le département.
Territoire de Belfort.	Belfort.	Le département.
Cour d'appel de Bordeaux		
Charente.	Angoulême.	Le département.
Dordogne.	Périgueux.	Le département.
Gironde.	Bordeaux.	Le département.
Cour d'appel de Bourges		
Cher.	Bourges.	Le département.
Indre.	Châteauroux.	Le département.
Nièvre.	Nevers.	Le département.
Cour d'appel de Caen		
Calvados.	Caen.	Le département.
Manche.	Saint-Lô.	Le département.
Orne.	Alençon.	Le département.
Cour d'appel de Chambéry		
Savoie.	Chambéry.	Le département.

Haute-Savoie.	Annecy.	Le département.
Cour d'appel de Colmar		
Bas-Rhin.	Strasbourg.	Le département.
Haut-Rhin.	Mulhouse.	Le département.
Cour d'appel de Dijon		
Côte-d'Or.	Dijon.	Le département.
Haute-Marne.	Chaumont.	Le département.
Saône-et-Loire.	Mâcon.	Le département.
Cour d'appel de Douai		
Nord.	Lille.	Arrondissements de Lille et de Dunkerque.
	Douai.	Arrondissements de Douai et de Cambrai.
	Valenciennes.	Arrondissements de Valenciennes et d'Avesnes-sur-Helpe.
Pas-de-Calais.	Arras.	Arrondissements d'Arras, de Béthune et de Lens.
	Boulogne-sur-Mer	Arrondissements de Boulogne-sur-Mer, de Montreuil, de Calais et de Saint-Omer.
Cour d'appel de Grenoble		
Hautes-Alpes.	Gap.	Le département.
Drôme.	Valence.	Le département.
Isère.	Grenoble.	Le département, moins l'arrondissement de Vienne et moins les cantons de L'Isle-d'Abeau et de La Verpillière.
	Vienne.	L'arrondissement de Vienne, plus les cantons de L'Isle-d'Abeau et de La Verpillière.
Cour d'appel de Limoges		
Corrèze.	Tulle.	Le département.
Creuse.	Guéret.	Le département.
Haute-Vienne.	Limoges.	Le département.
Cour d'appel de Lyon		
Ain.	Bourg-en-Bresse.	Le département.
Loire.	Saint-Etienne.	Le département, moins l'arrondissement de Roanne.
	Roanne.	L'arrondissement de Roanne.
Rhône.	Lyon.	Le département, moins l'arrondissement de Villefranche-sur-Saône.
	Villefranche-sur-Saône.	L'arrondissement de Villefranche-sur-Saône.
Cour d'appel de Metz		
Moselle.	Metz.	Le département.
Cour d'appel de Montpellier		
Aude.	Carcassonne.	Le département.
Aveyron.	Rodez.	Le département.
Hérault.	Montpellier.	Le département.
Pyrénées-Orientales.	Perpignan.	Le département.
Cour d'appel de Nancy		
Meurthe-et-Moselle.	Nancy.	Le département, moins l'arrondissement de Briey.
	Longwy.	L'arrondissement de Briey.
Meuse.	Bar-le-Duc.	Le département.
Vosges.	Épinal.	Le département.
Cour d'appel de Nîmes		
Ardèche.	Privas.	Le département.
Gard.	Nîmes.	Le département.
Lozère.	Mende.	Le département.
Vaucluse.	Avignon.	Le département.
Cour d'appel d'Orléans		
Indre-et-Loire.	Tours.	Le département.
Loir-et-Cher.	Blois.	Le département.
Loiret.	Orléans.	Le département.
Cour d'appel de Paris		
Essonne.	Evry.	Le département.
Seine-et-Marne.	Melun.	Arrondissements de Fontainebleau, Provins et Melun, sauf le canton de Rozay-en-Brie.

	Meaux.	Arrondissement de Meaux et de Torcy, plus le canton de Rozay-en-Brie.
Seine-Saint-Denis.	Bobigny.	Le département.
Val-de-Marne.	Créteil.	Le département.
Yonne.	Auxerre.	Le département.
Paris.	Paris.	La ville de Paris.
Cour d'appel de Pau		
Landes.	Mont-de-Marsan.	Le département des Landes, moins le canton de Saint-Martin-de-Seignanx.
Pyrénées-Atlantiques.	Pau.	Arrondissements de Pau et d'Oloron.
	Bayonne.	L'arrondissement de Bayonne et le canton de Saint-Martin-de-Seignanx, du département des Landes
Hautes-Pyrénées.	Tarbes.	Le département.
Cour d'appel de Poitiers		
Charente-Maritime.	La Rochelle.	Les arrondissements de La Rochelle et de Rochefort, moins les cantons de la Tremblade et de Royan.
	Saintes.	Les arrondissements de Saintes, Jonzac, et Saint-Jean-d'Angély, plus les cantons de La Tremblade et de Royan.
Deux-Sèvres.	Niort.	Le département.
Vendée.	La Roche-sur-Yon	Le département.
Vienne.	Poitiers.	Le département.
Cour d'appel de Reims		
Ardennes.	Charleville-Mézières.	Le département.
Aube.	Troyes.	Le département.
Marne.	Reims.	Le département.
Cour d'appel de Rennes		
Côtes-d'Armor.	Saint-Brieuc.	Le département.
Finistère.	Brest.	Les arrondissements de Brest, Morlaix et le canton de Crozon.
	Quimper.	Les arrondissements de Quimper, de Châteaulin, moins le canton de Crozon.
Ille-et-Vilaine.	Rennes.	Le département.
Loire-Atlantique.	Nantes.	Le département.
Morbihan.	Vannes.	Le département.
Cour d'appel de Riom		
Allier.	Moulins.	Le département.
Cantal.	Aurillac.	Le département.
Haute-Loire.	Le Puy-en-Velay.	Le département.
Puy-de-Dôme.	Clermont-Ferrand.	Le département.
Cour d'appel de Rouen		
Eure.	Evreux.	Le département.
Seine-Maritime.	Rouen.	Les arrondissements de Rouen et de Dieppe.
	Le Havre.	Le département.
Cour d'appel de Toulouse		
Ariège.	Foix.	Le département.
Haute-Garonne.	Toulouse.	Le département.
Tarn.	Albi.	Le département.
Tarn-et-Garonne.	Montauban.	Le département.
Cour d'appel de Versailles		
Eure-et-Loir.	Chartres.	Le département.
Hauts-de-Seine.	Nanterre.	Le département.
Val-d'Oise.	Pontoise.	Le département.
Yvelines.	Versailles.	Le département.
Cour d'appel de Basse-Terre		
Guadeloupe.	Pointe-à-Pitre.	Le département.
Cour d'appel de Cayenne		
Guyane.	Cayenne.	Le département.
Cour d'appel de Fort-de-France		
Martinique.	Fort-de-France.	Le département.
Cour d'appel de Saint-Denis-de-la-Réunion		

Mayotte	Mamoudzou	Le département
Réunion.	Saint-Denis.	Le département.

Annexes

Tableau 1 Siège et ressort des tribunaux des affaires de sécurité sociale II. - Régime agricole

Article Annexe I

DÉPARTEMENTS	TRIBUNAUX DES AFFAIRES de sécurité sociale/agriculture	
	Siège	Ressort
Cour d'appel d'Agen		
Gers.	Auch.	Le département.
Lot.	Cahors.	Le département.
Lot-et-Garonne.	Agen.	Le département.
Cour d'appel d'Aix-en-Provence		
Alpes-de-Haute-Provence.	Digne-les-Bains.	Le département.
Alpes-Maritimes.	Nice.	Le département.
Bouches-du-Rhône.	Marseille.	Le département.
Var.	Draguignan.	Le département.
Cour d'appel d'Amiens		
Aisne.	Laon.	Arrondissements de Soissons, de Château-Thierry et de Laon, sauf le canton de La Fère.
	Saint-Quentin.	Arrondissements de Saint-Quentin et de Vervins, plus le canton de La Fère.
Oise.	Beauvais.	Le département.
Somme.	Amiens.	Le département.
Cour d'appel d'Angers		
Maine-et-Loire.	Angers.	Le département.
Mayenne.	Laval.	Le département.
Sarthe.	Le Mans.	Le département.
Cour d'appel de Bastia		
Corse-du-Sud.	Ajaccio.	Le département.
Haute-Corse.	Bastia.	Le département.
Cour d'appel de Besançon		
Doubs.	Besançon.	Le département.
Jura.	Lons-le-Saunier.	Le département.
Haute-Saône.	Vesoul.	Le département.
Territoire de Belfort.	Belfort.	Le département.
Cour d'appel de Bordeaux		
Charente.	Angoulême.	Le département.
Dordogne.	Périgueux.	Le département.
Gironde.	Bordeaux.	Le département.
Cour d'appel de Bourges		
Cher.	Bourges.	Le département.
Indre.	Châteauroux.	Le département.
Nièvre.	Nevers.	Le département.
Cour d'appel de Caen		
Calvados.	Caen.	Le département.
Manche.	Saint-Lô.	Le département.
Orne.	Alençon.	Le département.
Cour d'appel de Chambéry		
Savoie.	Chambéry.	Le département.
Haute-Savoie.	Annecy.	Le département.
Cour d'appel de Colmar		

Bas-Rhin.	Strasbourg.	Le département.
Haut-Rhin.	Mulhouse.	Le département.
Cour d'appel de Dijon		
Côte-d'Or.	Dijon.	Le département.
Haute-Marne.	Chaumont.	Le département.
Saône-et-Loire.	Mâcon.	Le département.
Cour d'appel de Douai		
Nord.	Lille.	Le département.
Pas-de-Calais.	Arras.	Le département.
Cour d'appel de Grenoble		
Hautes-Alpes.	Gap.	Le département.
Drôme.	Valence.	Le département.
Isère.	Grenoble.	Le département.
Cour d'appel de Limoges		
Corrèze.	Tulle.	Le département.
Creuse.	Guéret.	Le département.
Haute-Vienne.	Limoges.	Le département.
Cour d'appel de Lyon		
Ain.	Bourg-en-Bresse.	Le département.
Loire.	Saint-Etienne.	Le département.
Rhône.	Lyon.	Le département.
Cour d'appel de Metz		
Moselle.	Metz.	Le département.
Cour d'appel de Montpellier		
Aude.	Carcassonne.	Le département.
Aveyron.	Rodez.	Le département.
Hérault.	Montpellier.	Le département.
Pyrénées-Orientales.	Perpignan.	Le département.
Cour d'appel de Nancy		
Meurthe-et-Moselle.	Nancy.	Le département.
Meuse.	Bar-le-Duc.	Le département.
Vosges.	Épinal.	Le département.
Cour d'appel de Nîmes		
Ardèche.	Privas.	Le département.
Gard.	Nîmes.	Le département.
Lozère.	Mende.	Le département.
Vaucluse.	Avignon.	Le département.
Cour d'appel d'Orléans		
Indre-et-Loire.	Tours.	Le département.
Loir-et-Cher.	Blois.	Le département.
Loiret.	Orléans.	Le département.
Cour d'appel de Paris		
Yonne.	Auxerre.	Le département.
Essonne.	Paris.	Le département.
Seine-Saint-Denis.	Paris.	Le département.
Paris.	Paris.	Ville de Paris.
Val-de-Marne.	Paris.	Le département.
Seine-et-Marne	Melun.	Le département.
Cour d'appel de Pau		
Landes.	Mont-de-Marsan.	Le département.
Pyrénées-Atlantiques.	Pau.	Le département.
Hautes-Pyrénées.	Tarbes.	Le département.
Cour d'appel de Poitiers		
Charente-Maritime.	La Rochelle.	Le département.
Deux-Sèvres.	Niort.	Le département.
Vendée.	La Roche-sur-Yon.	Le département.
Vienne.	Poitiers.	Le département.

Cour d'appel de Reims		
Ardennes.	Charleville-Mézières.	Le département.
Aube.	Troyes.	Le département.
Marne.	Reims.	Le département.
Cour d'appel de Rennes		
Côtes-d'Armor.	Saint-Brieuc.	Le département.
Finistère.	Quimper.	Le département.
Ille-et-Vilaine.	Rennes.	Le département.
Loire-Atlantique.	Nantes.	Le département.
Morbihan.	Vannes.	Le département.
Cour d'appel de Riom		
Allier.	Moulins.	Le département.
Cantal.	Aurillac.	Le département.
Haute-Loire.	Le Puy.	Le département.
Puy-de-Dôme.	Clermont-Ferrand.	Le département.
Cour d'appel de Rouen		
Eure.	Evreux.	Le département.
Seine-Maritime.	Rouen.	Le département.
Cour d'appel de Toulouse		
Ariège.	Foix.	Le département.
Haute-Garonne.	Toulouse.	Le département.
Tarn.	Albi.	Le département.
Tarn-et-Garonne.	Montauban.	Le département.
Cour d'appel de Versailles		
Hauts-de-Seine	Versailles.	Le département.
Val-d'Oise.	Versailles.	Le département.
Yvelines.	Versailles.	Le département.
Eure-et-Loir.	Chartres.	Le département.
Cour d'appel de Basse-Terre		
Guadeloupe.	Pointe-à-Pitre.	Le département.
Cour d'appel de Cayenne		
Guyane.	Cayenne.	Le département.
Cour d'appel de Fort-de-France		
Martinique.	Fort-de-France.	Le département.
Cour d'appel de Saint-Denis-de-la-Réunion		
Mayotte	Mamoudzou	Le département
Réunion.	Saint-Denis.	Le département.

Annexes

Tableau 2 Siège et ressort des tribunaux du contentieux de l'incapacité

Article Annexe II

Cour d'appel de rattachement	Siège	Département du ressort
Bastia	Ajaccio	Corse-du-Sud, Haute-Corse, sauf pour le régime agricole.
Amiens	Amiens	Aisne, Oise, Somme.
Besançon	Besançon	Doubs, Jura, Haute-Saône, Territoire de Belfort.
Bordeaux	Bordeaux	Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques.
Caen	Caen	Calvados, Manche, Orne.
Reims	Châlons-en-Champagne	Ardennes, Aube, Marne, Haute-Marne.
Riom	Clermont-Ferrand	Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme.
Dijon	Dijon	Côte-d'Or, Nièvre, Saône-et-Loire, Yonne.
Douai	Lille	Nord, Pas-de-Calais.
Limoges	Limoges	Corrèze, Creuse, Haute-Vienne.
Lyon	Lyon	Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Loire, Rhône, Savoie, Haute-Savoie.
Aix-en-Provence	Marseille	Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Hautes-Alpes, Bouches-du-Rhône, Var, Vaucluse et, pour le régime agricole, Corse-du-Sud et Haute-Corse.
Montpellier	Montpellier	Aude, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales.
Nancy	Nancy	Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges et Moselle, sauf pour les décisions d'organismes sous le contrôle du SRITEPSA d'Alsace.
Rennes	Nantes	Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée.
Orléans	Orléans	Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret.
Paris	Paris	Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Paris, Yvelines.
Poitiers	Poitiers	Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres, Vienne.
Rennes	Rennes	Côtes-d'Armor, Finistère, Ille-et-Vilaine, Morbihan.
Rouen	Rouen	Eure, Seine-Maritime.
Colmar	Strasbourg	Bas-Rhin, Haut-Rhin et Moselle, pour les décisions d'organismes sous le contrôle du SRITEPSA d'Alsace.
Toulouse	Toulouse	Ariège, Aveyron, Haute-Garonne, Gers, Lot, Hautes-Pyrénées, Tarn, Tarn-et-Garonne.
Cayenne	Cayenne	Guyanne.
Fort-de-France	Fort-de-France	Martinique.
Basse-Terre	Pointe-à-Pitre	Guadeloupe.
Saint-Denis de la Réunion	Mamoudzou	Mayotte
Saint-Denis-de-la-Réunion	Saint-Denis-de-la-Réunion	Réunion.

Annexes

Annexe I : Barème indicatif d'invalidité (accidents du travail) (application de l'article R. 434-32)

Article Annexe I à l'art. R434-32 (1)

CHAPITRE PRELIMINAIRE

I - PRINCIPES GENERAUX.

L'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale dispose, dans son 1er alinéa, que le taux de l'incapacité permanente est déterminé compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité. Le présent barème répond donc à la volonté du législateur. Il ne peut avoir qu'un caractère indicatif. Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens, et le médecin chargé de l'évaluation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème ; il doit alors exposer clairement les raisons qui l'y ont conduit.

Le présent barème indicatif a pour but de fournir les bases d'estimation du préjudice consécutif aux séquelles des accidents du travail et, éventuellement, des maladies professionnelles dans le cadre de l'article L. 434-2 applicable aux salariés du régime général et du régime agricole. Il ne saurait se référer en aucune manière aux règles d'évaluation suivies par les tribunaux dans l'appréciation des dommages au titre du droit commun.

L'article précité dispose que l'incapacité permanente est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle.

Les quatre premiers éléments de l'appréciation concernent donc l'état du sujet considéré, du strict point de vue médical.

Le dernier élément concernant les aptitudes et la qualification professionnelle est un élément médico-social ; il appartient au médecin chargé de l'évaluation, lorsque les séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle lui paraissent devoir entraîner une modification dans la situation professionnelle de l'intéressé, ou un changement d'emploi, de bien mettre en relief ce point susceptible d'influer sur l'estimation globale.

Les éléments dont le médecin doit tenir compte, avant de proposer le taux médical d'incapacité permanente, sont donc :

1° La nature de l'infirmité. Cet élément doit être considéré comme la donnée de base d'où l'on partira, en y apportant les correctifs, en plus ou en moins, résultant des autres éléments. Cette première donnée représente l'atteinte physique ou mentale de la victime, la diminution de validité qui résulte de la perte ou de l'altération des organes ou des fonctions du corps humain. Le présent barème doit servir à cette évaluation.

2° L'état général. Il s'agit là d'une notion classique qui fait entrer en jeu un certain nombre de facteurs permettant d'estimer l'état de santé du sujet. Il appartient au médecin chargé de l'évaluation d'adapter en fonction de l'état général, le taux résultant de la nature de l'infirmité. Dans ce cas, il en exprimera clairement les raisons.

L'estimation de l'état général n'inclut pas les infirmités antérieures - qu'elles résultent d'accident ou de maladie - ; il en sera tenu compte lors de la fixation du taux médical.

3° L'âge. Cet élément, qui souvent peut rejoindre le précédent, doit être pris en considération sans se référer exclusivement à l'indication tirée de l'état civil, mais en fonction de l'âge organique de l'intéressé. Il convient ici de distinguer les conséquences de l'involution physiologique, de celles résultant d'un état pathologique individualisé. Ces dernières conséquences relèvent de l'état antérieur et doivent être estimées dans le cadre de celui-ci.

On peut ainsi être amené à majorer le taux théorique affecté à l'infirmité, en raison des obstacles que les conséquences de l'âge apportent à la réadaptation et au reclassement professionnel.

4° Facultés physiques et mentales. Il devra être tenu compte des possibilités de l'individu et de l'incidence que peuvent avoir sur elles les séquelles constatées. Les chiffres proposés l'étant pour un sujet normal, il y a lieu de majorer le taux moyen du barème, si l'état physique ou mental de l'intéressé paraît devoir être affecté plus fortement par les séquelles que celui d'un individu normal.

5° Aptitudes et qualification professionnelles. La notion de qualification professionnelle se rapporte aux possibilités d'exercice d'une profession déterminée. Quant aux aptitudes, il s'agit là des facultés que peut avoir une victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle de se reclasser ou de réapprendre un métier compatible avec son état de santé.

Lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle paraît avoir des répercussions particulières sur la pratique du métier, et, à plus forte raison, lorsque l'assuré ne paraît pas en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure, le médecin conseil peut demander, en accord avec l'intéressé, des renseignements complémentaires au médecin du travail. La possibilité pour l'assuré de continuer à occuper son poste de travail - au besoin en se réadaptant - ou au contraire, l'obligation d'un changement d'emploi ou de profession et les facultés que peut avoir la victime de se reclasser ou de réapprendre un métier, devront être précisées en particulier du fait de dispositions de la réglementation, comme celles concernant l'aptitude médicale aux divers permis de conduire.

II - MODE DE CALCUL DU TAUX MEDICAL.

Il faut d'abord rappeler que les séquelles d'un accident du travail ne sont pas toujours en rapport avec l'importance de la lésion initiale : des lésions, minimes au départ, peuvent laisser des séquelles considérables, et, à l'inverse, des lésions graves peuvent ne laisser que des séquelles minimes ou même aboutir à la guérison.

" La consolidation " est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et de révisions possibles.

La consolidation ne coïncide pas nécessairement avec la reprise d'une activité professionnelle. Dans certains cas, les séquelles peuvent être suffisamment importantes pour empêcher celle-ci, et dans d'autres, le travail peut être repris avec poursuite de soins, pendant un temps plus ou moins long, en attendant que la séquelle prenne ce caractère permanent, qui justifie la consolidation, à condition que la valeur du préjudice en résultant soit définitive.

L'article L. 433-1 du Code la Sécurité sociale autorise le maintien de l'indemnité journalière en tout ou partie, en cas de reprise d'un travail " léger " susceptible de favoriser la consolidation (ou la guérison) de la blessure.

La guérison, à l'inverse, ne laisse subsister aucune séquelle fonctionnelle, donc aucune incapacité permanente. Le médecin chargé de l'évaluation ne peut donc pas proposer de taux médical, car il se trouve

devant un état de guérison. On peut cependant envisager qu'une maladie d'origine professionnelle oblige à un changement de profession, sans lequel la guérison ne serait pas possible, et qu'alors le préjudice résultant de l'inaptitude entraînée par la maladie en cause, soit réparé.

Dans ce cas, il appartient au médecin chargé de l'évaluation de bien mettre en évidence dans ses conclusions la nécessité d'un changement d'emploi.

1. Séquelles résultant de lésions isolées.

Ces séquelles seront appréciées en partant du taux moyen proposé par le barème, éventuellement modifié par des estimations en plus ou en moins résultant de l'état général, de l'âge, ainsi que des facultés physiques et mentales, comme il a été exposé ci-dessus.

2. Infirmités multiples résultant d'un même accident.

On appelle infirmités multiples, celles qui intéressent des membres ou des organes différents.

Lorsque les lésions portant sur des membres différents intéressent une même fonction, les taux estimés doivent s'ajouter, sauf cas expressément précisés au barème.

Pour des infirmités multiples ne portant pas sur une même fonction, il y a lieu d'estimer en premier, l'une des incapacités. Le taux ainsi fixé sera retranché de 100 (qui représente la capacité totale) : on obtiendra ainsi la capacité restante. Sauf cas particulier prévu au barème, l'infirmité suivante sera estimée elle-même, puis rapportée à la capacité restante. On obtiendra ainsi le taux correspondant à la deuxième séquelle : l'incapacité globale résultera de la somme des deux taux, ainsi calculés. Celle-ci sera la même quel que soit l'ordre de prise en compte des infirmités.

Exemple. - Une lésion " A " entraîne une incapacité de 40 %. La capacité restante est donc de 60 %.

Une lésion " B ", consécutive au même accident, entraîne une incapacité chiffrable, selon le barème, à 20 %. L'incapacité due pour cette deuxième lésion sera : 20 % de 60 % de capacité restante, soit 12 %.

L'incapacité globale sera donc : 40 % plus 12 % égale 52 %, et ainsi de suite ...

Dans le cas d'une troisième lésion, pour l'exemple choisi, la capacité restante serait de 48 %.

Cette façon de calculer l'incapacité globale résultant de lésions multiples ne garde bien entendu qu'un caractère indicatif. Le médecin chargé de l'évaluation peut toujours y apporter des modifications ou adopter un autre mode de calcul à condition de justifier son estimation.

3. Infirmités antérieures.

L'estimation médicale de l'incapacité doit faire la part de ce qui revient à l'état antérieur, et de ce qui revient à l'accident. Les séquelles rattachables à ce dernier sont seules en principe indemnisables. Mais il peut se produire des actions réciproques qui doivent faire l'objet d'une estimation particulière.

a. Il peut arriver qu'un état pathologique antérieur absolument muet soit révélé à l'occasion de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle mais qu'il ne soit pas aggravé par les séquelles. Il n'y a aucune raison d'en tenir compte dans l'estimation du taux d'incapacité.

b. L'accident ou la maladie professionnelle peut révéler un état pathologique antérieur et l'aggraver. Il convient alors d'indemniser totalement l'aggravation résultant du traumatisme.

c. Un état pathologique antérieur connu avant l'accident se trouve aggravé par celui-ci. Etant donné que cet état était connu, il est possible d'en faire l'estimation. L'aggravation indemnisable résultant de l'accident ou

de la maladie professionnelle sera évaluée en fonction des séquelles présentées qui peuvent être beaucoup plus importantes que celles survenant chez un sujet sain. Un équilibre physiologique précaire, compatible avec une activité donnée, peut se trouver détruit par l'accident ou la maladie professionnelle.

Dans certains cas où la lésion atteint le membre ou l'organe, homologue au membre ou à l'organe lésé ou détruit antérieurement, l'incapacité est en général supérieure à celle d'un sujet ayant un membre ou un organe opposé sain, sans état antérieur. A l'extrême, il peut y avoir perte totale de la capacité de travail de l'intéressé : c'est le cas, par exemple, du borgne qui perd son deuxième oeil, et du manchot qui sera privé du bras restant.

Afin d'évaluer équitablement l'incapacité permanente dont reste atteinte la victime présentant un état pathologique antérieur, le médecin devra se poser trois questions :

1° L'accident a-t-il été sans influence sur l'état antérieur ?

2° Les conséquences de l'accident sont-elles plus graves du fait de l'état antérieur ?

3° L'accident a-t-il aggravé l'état antérieur ?

Pour le calcul de cette incapacité finale, il n'y a pas lieu, d'une manière générale, de faire application de la formule de Gabrielli. Toutefois, la formule peut être, dans certains cas, un moyen commode de déterminer le taux d'incapacité et l'expert pourra l'utiliser si elle lui paraît constituer le moyen d'appréciation le plus fiable.

III - REVISIONS.

Hormis les cas où les séquelles présentent d'emblée un caractère définitif, l'état de la victime est susceptible de subir, en aggravation ou en amélioration, une évolution spontanée ou du fait du résultat du traitement soit médical, soit chirurgical ou de l'appareillage.

Il peut être alors indiqué de procéder à des révisions périodiques prévues par le Code de la Sécurité sociale (Art. L. 443-1). Dans les deux premières années qui suivent la date de consolidation ou de guérison apparente, la Caisse peut faire procéder à tout moment à une nouvelle fixation des réparations. Au-delà, l'intervalle séparant deux révisions doit être d'au moins un an, sauf accord entre les parties intéressées (art. R. 443-4 et R. 443-5).

Pour l'estimation du nouveau taux, on se référera au taux fixé lors de l'examen précédent, et on modifiera ce taux dans la mesure où les séquelles elles-mêmes auront évolué de façon tangible.

Le décès de la victime par suite des conséquences de l'accident entraîne une nouvelle fixation des réparations allouées à ses ayants droit éventuels ; elles sont sans relation avec le taux du barème (articles L. 434-7 et suivants).

Article Annexe I à l'art. R434-32 (2)

1 - MEMBRE SUPERIEUR.

Le membre supérieur droit est dominant chez les droitiers, et le membre supérieur gauche est dominant chez les gauchers.

Dominance cérébrale.

La notion de dominance hémisphérique cérébrale découle de la constatation de la prévalence d'un hémicorps dans l'action, avec une plus grande force ou une plus grande habileté des membres opposés à l'hémisphère

dominant et commandés par lui. Elle est renforcée par le développement des structures du langage au sein de cet hémisphère dominant, ce qui aboutit à une prévalence de l'hémisphère dominant, le gauche, chez le droitier, pour l'ensemble des fonctions symboliques, de même que pour l'habileté manuelle.

L'hémisphère dit dominant est habituellement l'hémisphère gauche, chez le droitier et il semble exister un lien assez étroit entre la dominance du langage et la préférence manuelle.

L'hémisphère non dominant dit mineur (hémisphère droit chez les droitiers), n'est cependant pas dépourvu de fonctions, et il a des spécialisations particulières pour la manipulation de l'espace, la connaissance des rythmes, l'individualisation des physionomies.

Il existe, par ailleurs, des cas de dominance hémisphérique gauche, mais elle est beaucoup plus rare. Si certains sujets vrais gauchers ont une préférence invincible pour l'usage de leur main gauche, comme les droitiers pour celui de leur main droite, la majorité des sujets dits gauchers sont en fait ambidextres et se servent seulement mieux de leur main gauche ; ils apprennent assez facilement à se servir de leur main droite, du fait de la pression de la société, où tous les outils sont conçus pour les droitiers ("gauchers contrariés"). Il en résulte que, bien souvent, les lésions de l'hémisphère droit chez le "gaucher" n'entraînent pas des désordres en miroir, par rapport à ceux observés pour les lésions unilatérales gauches chez le droitier. Les anomalies sont incomplètes, atypiques et de moindre importance avec une meilleure compensation.

La détermination de l'hémisphère dominant n'est pas toujours facile. Elle se base sur la localisation habituelle du même côté du contrôle du langage et du contrôle gestuel, la dissociation de latéralisation entre ces deux fonctions restant rare. La recherche de la dominance se fera donc sur l'étude de la préférence gestuelle : manuelle, podale ou oculaire, qui permettra de déterminer le caractère droitier ou gaucher ou ambidextre du sujet examiné, et, par voie de conséquence, la dominance hémisphérique gauche, droite ou incertaine.

Cette recherche, de préférence gestuelle, fait appel à :

- L'étude de la force musculaire, plus importante du côté du membre supérieur utilisé de préférence ;
- La recherche du côté utilisé pour certains gestes précis de la vie courante : couper sa viande, se brosser les dents, gestes de toilette intime. Le véritable gaucher écrit, tient son couteau pour couper son pain ou un marteau pour planter un clou, une aiguille pour coudre avec la main gauche, boutonne son pantalon, lance une pierre, joue aux cartes, taille un crayon avec un canif tenu avec sa main gauche ;
- La recherche de l'usage préférentiel d'un membre : main pour lancer un objet, pour donner les cartes, pied pour " shooter " dans un ballon, œil pour viser.

Il faut cependant savoir que certaines préférences peuvent se modifier par l'apprentissage, notamment chez les ambidextres, et qu'une gêne fonctionnelle permanente d'un côté peut entraîner une compensation centro-latérale, aboutissant à une pseudo-dominance. Il est donc nécessaire, dans les cas incertains, de composer les différentes prévalences manuelle, podale ou oculaire, avant de conclure.

L'ambidextrie professionnelle est la règle chez les travailleurs du bois : menuisiers, ébénistes, toupilleurs, dégauchisseurs, etc.

Amputations.

Les taux indiqués le sont sans tenir compte des possibilités d'appareillage ou de correction chirurgicale à visée fonctionnelle.

Lorsque cet appareillage ou cette intervention aboutit à un résultat excellent, l'expert peut tenir compte du gain de capacité ainsi obtenu, mais ne pourra appliquer une réduction du taux supérieur à 5 %.

1.1 MEMBRE SUPERIEUR A L'EXCLUSION DE LA MAIN

1.1.1 AMPUTATION.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Epaule :		
- Amputation interscapulothoracique avec résection totale ou partielle de la clavicule et de l'omoplate, ou de l'un de ces deux os	95	85
- Désarticulation de l'épaule	95	85
Bras :		
- Au tiers supérieur	95	80
- Au tiers moyen ou inférieur	90	80
- Désarticulation du coude, avant-bras au tiers supérieur	90	80

1.1.2 ATTEINTE DES FONCTIONS ARTICULAIRES.

Blocage et limitation des mouvements des articulations du membre supérieur, quelle qu'en soit la cause.

Epaule :

La mobilité de l'ensemble scapulo-huméro thoracique s'estime, le malade étant debout ou assis, en empaumant le bras d'une main, l'autre main palpant l'omoplate pour en apprécier la mobilité :

- Normalement, élévation latérale : 170° ;
- Adduction : 20° ;
- Antépulsion : 180° ;
- Rétropulsion : 40° ;
- Rotation interne : 80° ;
- Rotation externe : 60°.

La main doit se porter avec aisance au sommet de la tête et derrière les lombes, et la circumduction doit s'effectuer sans aucune gêne.

Les mouvements du côté blessé seront toujours estimés par comparaison avec ceux du côté sain. On notera d'éventuels ressauts au cours du relâchement brusque de la position d'adduction du membre supérieur, pouvant indiquer une lésion du sus-épineux, l'amyotrophie deltoïdienne (par mensuration des périmètres auxiliaires vertical et horizontal), les craquements articulaires. Enfin, il sera tenu compte des examens radiologiques.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Blocage de l'épaule, omoplate bloquée	55	45
Blocage de l'épaule, avec omoplate mobile	40	30
Limitation moyenne de tous les mouvements	20	15
Limitation légère de tous les mouvements	10 à 15	8 à 10

Périarthrite douloureuse :

Aux chiffres indiqués ci-dessus, selon la limitation des mouvements, on ajoutera	5	5
--	---	---

On rappelle que la périarthrite scapulo-humérale (P.S.H.) s'accompagne souvent d'une amélioration tardive au bout d'un an et demi ou deux ans.

Luxation récidivante de l'épaule :

La luxation récidivante de l'épaule, sauf contre-indication, est susceptible de réparation chirurgicale. Si celle-ci est effectuée, les séquelles seront évaluées en tenant compte du degré de limitation des mouvements de l'épaule. En l'absence d'intervention ou en cas d'échec opératoire :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Formes graves avec récurrences fréquentes	40	30
Formes moyennes avec récurrences espacées	20	15
Formes légères	10 à 15	8 à 10

Luxation acromio-claviculaire :

La déformation, dommage esthétique, ne peut être retenue comme séquelle indemnisable. L'I.P.P. sera donc appréciée en fonction des incidences fonctionnelles et douloureuses éventuelles.

Coude et poignet :

Le coude est animé de mouvements de flexion-extension, d'abduction et d'adduction. Par ailleurs, la main peut décrire un mouvement de 180° par le jeu de la prono-supination. Celle-ci pouvant être diminuée dans les atteintes du coude comme dans celles du poignet, il y a lieu de l'estimer à part. Le taux propre résultant de son atteinte s'ajoutera aux réductions de capacité provenant de la limitation des autres mouvements des deux articulations considérées.

Coude :

Conformément au barème international, la mobilité normale de l'extension-flexion va de 0° (bras pend) à 150° environ (selon l'importance des masses musculaires). On considère comme "angle favorable" les blocages et limitations compris entre 60° et 100°. Des études ont montré que cette position favorable variait suivant les métiers.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Blocage de la flexion-extension :		
- Angle favorable	25	22
- Angle défavorable (de 100° à 145° ou de 0° à 60°)	40	35
Limitation des mouvements de flexion-extension :		
- Mouvements conservés de 70° à 145°	10	8
- Mouvements conservés autour de l'angle favorable	20	15
- Mouvements conservés de 0° à 70°	25	22

Poignet :

Mobilité normale : flexion 80° ; extension active : 45° ; passive : 70° à 80°. Abduction (inclinaison radiale) : 15° ; adduction (inclinaison cubitale) : 40°.

Des altérations fonctionnelles peuvent exister sans lésion anatomique identifiable.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Blocage du poignet :		
- En rectitude ou extension, sans atteinte de la prono-supination	15	10
- En flexion sans troubles importants de la prono-supination	35	30

Pour les troubles fonctionnels associés à la main (voir la partie "La main").

Atteinte de la prono-supination :

Prono-supination normale : 180°.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Limitation en fonction de la position et de l'importance	10 à 15	8 à 12

Ces deux taux s'ajoutent aux taux précédents.

1.1.3 PSEUDARTHROSES ET DEFORMATIONS.

Les taux indiqués sont susceptibles, pour les pseudarthroses, d'être minorés selon les possibilités d'appareillage.

Clavicule :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Cal difforme, sans compression nerveuse, selon gêne fonctionnelle	2 à 5	1 à 3
Compressions nerveuses (voir séquelles portant sur le système nerveux périphérique)		
Pseudarthrose	5	3

Epaule :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Epaule ballante consécutive à des pertes de substance osseuse étendues, sans séquelles nerveuses, autres que celles conditionnant le ballant de l'épaule	70	60

Bras :

Les déformations proviennent essentiellement de cals volumineux, exubérants, en crosse, etc. Le raccourcissement du bras n'est pas gênant au-dessous de 4 centimètres.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Déformation du bras avec atrophie musculaire (taux s'ajoutant aux séquelles articulaires, nerveuses, etc. éventuellement associées)	5 à 10	4 à 8
Pseudarthroses de la diaphyse humérale :		
- Serrée	20	15
- Lâche	50	40
(Au voisinage de l'épaule et du coude, voir Epaule ballante » ou Coude ballant»).		
- Raccourcissement important (supérieur à 4 centimètres)	5 à 10	4 à 8

Coude :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Coude ballant, consécutif à des pertes de substance osseuse	55	45

Avant-bras :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Les deux os :		
- Pseudarthrose serrée	20	15
- Pseudarthrose lâche (avant-bras ballant)	50	40
Un seul os :		
- Pseudarthrose serrée du radius	8	6
- Pseudarthrose lâche du radius	30	25
- Pseudarthrose serrée du cubitus	5	4
- Pseudarthrose lâche du cubitus	25	20

Poignet :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Poignet ballant, à la suite de pertes de substance du carpe	40	25

A ces taux s'ajoutent éventuellement les taux pour limitation des mouvements des doigts, le taux global ne pouvant dépasser le taux fixé pour l'amputation.

Main-bote radiale ou cubitale.

L'évaluation se fera selon le retentissement sur la gêne fonctionnelle des poignets et des doigts.

1.1.4 SEQUELLES MUSCULAIRES ET TENDINEUSES.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Rupture du deltoïde	10 à 25	6 à 20
Rupture du biceps : elle est susceptible de réparation chirurgicale, mais la restitution ad integrum est rarement réalisée. Il persiste souvent une déformation du muscle à la contraction, et une diminution de la force :		
Séquelles légères	4	3
Rupture de l'un des deux chefs non réparée	12	10
Rupture complète de l'insert inférieure non réparée	25	20
Syndrome de Volkmann : selon l'importance de la répercussion sur la fonction de la main et selon les troubles trophiques	30 à 70	25 à 60

1.2 LA MAIN.

L'examen soigné et complet d'une main doit comporter d'abord un bilan des lésions anatomiques (amputation, atteinte motrice, atteinte sensitive, anesthésie, douleurs).

L'addition des invalidités partielles ne suffit pas à établir l'invalidité globale de la main.

Une correction doit être effectuée grâce à une étude dynamique fonctionnelle. En effet, la main n'est pas seulement un segment de membre, lui-même additionné de segments digitaux, mais un organe global unique, organe de la préhension et du tact.

Cette étude dynamique se fait par un bilan de la valeur des diverses prises : pinces, empaument, crochet.

On se fondera, au départ, sur le bilan anatomique et on le modulera grâce à un bilan fonctionnel. Le matériel d'examen sera le suivant :

Un goniomètre ;

Un cylindre de 15 cm de long et de 7 cm de diamètre ;

Un manche d'outil (ciseau à froid) de 20 cm de long et de 2,5 cm de diamètre ;

Un pinceau ou crayon ;

Une plaquette de plastique de 1/2 mm d'épaisseur et de 6 cm sur 3 cm ;

Une balle de caoutchouc de 4 à 5 cm de diamètre, avec en plus, si possible :

Un dynamomètre marqueur ;

Un éventail de cinq plaquettes dont les extrémités porteront :

un fragment de velours, un fragment de caoutchouc-mousse, un fragment de papier émeri, un gros bouton, une pièce de monnaie.

Dans ce matériel, chaque objet doit être muni d'une anse de direction, pour mesurer la force de la prise exercée.

Epreuve fonctionnelle.

Pour chaque épreuve, proportionner la cote accordée à l'aisance, à la force et à la finesse de la prise.

Pour évaluer la force, tirer sur l'anse de l'objet. Additionner les 7 cotes accordées (une seule par épreuve) ; une main normale sera équivalente à 70 (1). Le total donnera la valeur fonctionnelle de la main.

	NORMALE	INTERMEDIAIRE	NULLE
Pince unguéale (ramassage d'une allumette ou d'une épingle)	3,5	1,5	0
Pince pulpo-pulpaire (plaquette de plastique)	10,5	7 à 3,5	0
Pince pulpo-latérale (plaquette de plastique)	10,5	7 à 3,5	0
Pince tripode (haut de la boîte cylindrique, manche d'outil, pinceau)	10,5	7 à 3,5	0
Empaument (boîte de conserves, manche, pinceau)	21	14/7/3,5	
Crochet (poignée)	7	3,5	0
Prise sphérique (haut de la boîte cylindrique)	7	3,5	0
Total	70		

(1) Les chiffres figurant dans ce tableau ont été obtenus à partir d'une estimation sur 100 de la valeur d'une main normale, multipliée par le coefficient 0,7 puisque l'incapacité totale de de la main représente un total de 70 %.

1.2.1 AMPUTATIONS.

Main :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Amputation métacarpienne conservant une palette	70	60

Doigts :

Il ne faut pas perdre de vue que la phalange la plus importante est la phalange unguéale, support essentiel du sens du tact. Son amputation entraîne la perte de la moitié de la fonction du doigt. Pour le pouce, et l'index, cette amputation revêt une importance accrue. La première et la deuxième phalanges, simples supports, ont une importance beaucoup moindre.

On tiendra compte, pour l'évaluation de l'I.P.P., de l'état du moignon, de l'existence éventuelle de névromes, de la mobilité des articulations sus-jacentes.

Rappelons qu'en cas d'amputations multiples des doigts, il sera également tenu compte de la synergie sans que la somme des pourcentages puisse dépasser le taux d'I.P.P. prévu pour la perte de la main entière.

La perte de sensibilité de la pulpe digitale équivaut à la perte fonctionnelle de la phalange, et sera donc évaluée comme celle-ci.

Perte totale ou partielle de segments de doigts :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Pouce :		
- Avec le premier métacarpien	35	30
- Les deux phalanges	28	24
- Phalange unguéale	14	12
Index ou Médius :		
- Trois phalanges (avec ou sans la tête du métacarpien)	14	12
- Deux phalanges ou la phalange unguéale seule	7	6

Annulaire :		
- Trois phalanges (avec ou sans la tête du métacarpien)	6	5
- Deux phalanges ou la phalange unguéale	3	3
Auriculaire :		
- Trois phalanges (avec ou sans la tête du métacarpien)	8	7
- Deux phalanges ou la phalange unguéale seule	4	4

1.2.2 ATTEINTES DES FONCTIONS ARTICULAIRES.

Articulation carpo-métacarpienne :

L'atteinte de l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce est la plupart du temps consécutive à la fois à des lésions combinées des articulations, des muscles du premier espace inter-osseux et de la peau.

Blocage de la colonne du pouce articulaire ou extra-articulaire (séquelles de fracture de Bennett ou de Rolando, par exemple) :

	DOMINANT	NON DOMINANT
En position de fonction (anté-pulsion et opposition)	14	12
En position défavorable (adduction, rétropulsion)	28	24
Luxation carpo-métacarpienne ancienne, non réduite, à l'exclusion du pouce	9 à 12	7 à 10

Doigts :

L'extension des différentes articulations atteint en général 180°. La flexion des articulations métacarpo-phalangiennes est de 90°, sauf pour le pouce où elle n'atteint que 110°.

Les articulations inter-phalangiennes proximales dépassent légèrement l'angle droit, sauf à l'auriculaire.

Les articulations inter-phalangiennes distales n'atteignent pas l'angle droit, sauf à l'auriculaire.

Il existe cependant de nombreuses variations individuelles.

Les séquelles seront appréciées selon le degré de limitation de l'enroulement du doigt (dont la pulpe normalement atteint la paume) ou de l'extension de celui-ci.

Les deux extrêmes sont réalisées par le doigt raide ou le doigt en crochet ; dans ces cas, l'incapacité est égale à celle de l'amputation du doigt.

Pouce :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Articulation métacarpo-phalangienne :		
- Blocage en semi-flexion ou en extension	6	4
- Blocage en flexion complète	10	8
- Laxité articulaire par rupture ou luxation ancienne du pouce non réduite	15	12
Articulation inter-phalangienne :		
- Blocage en flexion complète	10	8
- Blocage en semi-flexion ou en extension ou luxation ancienne non réduite	6	4

Autres doigts :

Le taux d'incapacité sera déterminé selon l'importance de la raideur.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Index	7 à 14	6 à 12
Annulaire et médius	4 à 6	

Auriculaire	4 à 8	
-------------	-------	--

La destruction ou l'altération de l'appareil unguéal sera évaluée en raison de la gêne de la préhension.

Lésions multiples :

L'appréciation sera faite sur la fonction globale de la main plus que sur l'addition des différentes lésions.

1.2.3 PSEUDARTHROSES ET DEFORMATIONS.

Métacarpien :

- Cal saillant entraînant une gêne fonctionnelle : 2 à 4.

Les pseudarthroses ou les cals vicieux des métacarpiens et des phalanges seront appréciés selon le retentissement sur le fonctionnement général de la main.

1.2.4 SEQUELLES MUSCULAIRES ET TENDINEUSES.

Les séquelles de désinsertions musculaires, de section et de rupture tendineuse, des fléchisseurs ou des extenseurs, seront évaluées en fonction de la gêne globale de la main, en tenant compte des anesthésies localisées.

1.2.5 SEQUELLES NERVEUSES ET VASCULAIRES.

(Voir séquelles portant sur le "système nerveux périphérique" et séquelles portant sur le "système cardio-vasculaire.").

Il ne faudra pas oublier d'évaluer les séquelles nerveuses (anesthésie en particulier), liées aux lésions du nerf collatéral et les douleurs par névrome.

1.2.6 OSTEITE ET OSTEOMYELITE.

Venant s'ajouter aux mêmes éléments séquellaires.

- Fistule persistante unique : 10

- Fistule persistante avec déformation osseuse 10 à 25

Article Annexe I à l'art. R434-32 (3)

2 - MEMBRE INFÉRIEUR.

Dans le calcul des incapacités permanentes, les deux membres inférieurs sont considérés comme ayant une valeur fonctionnelle égale.

Les taux indiqués le sont sans tenir compte des possibilités d'appareillage ou de correction chirurgicale à visée fonctionnelle.

Lorsqu'un appareil ou une intervention aboutit à un résultat excellent, l'expert peut tenir compte du gain obtenu mais ne pourra appliquer une réduction du taux supérieur à 15 %.

- Perte de fonction des deux membres inférieurs, quelle que soit la cause 100

2.1 AMPUTATION.

- Amputation inter-ilio-abdominale 100

Cuisse :

- Désarticulation de la hanche 100
- Amputation inter-trochantérienne 100
- Amputation sous-trochantérienne 100
- Amputation au tiers moyen ou au tiers inférieur 80

Genou :

- Désarticulation 80

Jambe :

- Amputation au tiers supérieur 70
- Amputation au tiers moyen ou inférieur 70

Cheville :

- Désarticulation tibio-tarsienne 50
- Amputation du pied, avec conservation de la partie postérieure du calcanéum avec bon appui talonnier (avec mouvement du pied restant satisfaisant et sans bascule en varus) 40

Pied :

- Désarticulation médio-tarsienne de Chopart 45
- Amputation transmétatarsienne de l'avant-pied 30

Orteils : L'amputation d'orteils prend surtout de l'importance, lorsqu'il s'agit du premier orteil, ou de plusieurs orteils voisins.

- Perte de cinq orteils 25.

Premier orteil.

- Les deux phalanges avec le métatarsien 20
- Les deux phalanges 12
- Phalange distale 5

Autres orteils.

- Amputation d'un orteil 2
- Deuxième ou cinquième orteil avec leur métatarsien 10

- Troisième ou quatrième orteil avec leur métatarsien

L'incapacité résultant de la perte de plusieurs orteils sera évaluée en estimant la perte de chaque orteil séparément, et en en faisant la somme. Le taux global ne pourra dépasser le taux fixé pour l'amputation de tous les orteils.

2.2 ATTEINTES DES FONCTIONS ARTICULAIRES

2.2.1 SYMPHYSE PUBIENNE.

Disjonction (selon le diastasis, la gêne à la marche, l'impossibilité des efforts, les douleurs éventuelles, compte non tenu des retentissements sacro-iliaques) 10 à 20

2.2.2 ARTICULATIONS SACRO-ILIAQUES.

Diastasis (entraînant une mobilité anormale du sacrum, avec retentissement sur la marche, accroupissement impossible, sacralgies) 45

Arthropathie sacro-iliaque douloureuse chronique d'origine traumatique 15

2.2.3 HANCHE.

Le malade sera examiné couché sur le dos, le bassin fixé, genou fléchi, pour l'étude de la flexion, de l'abduction et de l'adduction. Couché sur le ventre, genou fléchi à 90°, pour l'étude de l'extension et des rotations (la jambe, portée en dehors, provoque la rotation interne, portée en dedans, la rotation externe) :

- Extension : 0° ;
- Flexion : 140° (variable selon l'adiposité du sujet) ;
- Hyperextension : 15° à 30° ;
- Abduction : 50° ;
- Adduction : 15° à 30° ;
- Rotation interne : 30° ;
- Rotation externe : 60°.

On recherchera les mouvements anormaux, la position du trochanter par rapport à la normale (la ligne bi-trochantérienne effleure le bord supérieur de la symphyse pubienne), l'amyotrophie des quadriceps ou celle des fessiers (effacement du pli fessier). L'accroupissement et la flexion en avant seront observés avec attention.

- Blocage en rectitude (position la plus favorable) 55
- Blocage en mauvaise position (flexion, adduction, abduction, rotation) 70
- Blocage des deux hanches 100

Limitation des mouvements de la hanche. Les mouvements de la hanche étant multiples, la limitation est estimée séparément pour chaque mouvement. En cas de limitation combinée (par exemple : flexion abduction, ou adduction rotation), les taux seront additionnés :

- Mouvements favorables 10 à 20
- Mouvements très limités 25 à 40

2.2.4 GENOU.

L'examen se fera toujours par comparaison avec le côté sain. Conformément au barème international, l'extension complète constitue le repère 0 ; la flexion atteint donc 150. On recherchera les mouvements anormaux, latéraux, mouvements de tiroir, ressauts ...

On appréciera également l'atrophie quadricipitale, pour mensuration de la cuisse à 15 cm au-dessus du bord supérieur de la rotule.

La mesure des angles se fera à l'aide du goniomètre, et par la mensuration de la distance talon-fesse.

Blocage du genou.

- Rectitude (position favorable) 30
- De 5° à 25° 35
- De 25° à 50° 40
- De 50° à 80° 50
- Au-delà de 80° 60
- Déviation en valgum ou en varum : en plus (la somme des taux ne pouvant dépasser le taux prévu pour l'amputation du tiers inférieur de la cuisse) 10 à 15

Limitation des mouvements du genou.

- L'extension est déficitaire de 5° à 25° 5
- L'extension est déficitaire de 25° 15
- L'extension est déficitaire de 45° 30
- La flexion ne peut s'effectuer au-delà de 110° 5
- La flexion ne peut se faire au-delà de 90° 15
- La flexion ne peut se faire au-delà de 45° 25

Mouvements anormaux.

- Résultant d'une laxité ligamentaire (latéralité tiroir, etc.) 5 à 35
- Blocage ou dérochement intermittent, compte tenu des signes objectifs cliniques (notamment atrophie musculaire, arthrose et signes para-cliniques) 5 à 15

Ces taux s'ajoutent éventuellement à ceux attribués pour les autres atteintes fonctionnelles du genou.

- Rotule anormalement mobile (par rupture d'ailerons rotuliens) 10

- Luxation récidivante 15

- Patellectomie 5

A ce taux s'ajoutent les autres taux fixés pour l'atteinte fonctionnelle du genou.

Hydarthrose chronique.

- Légère 5

- Récidivante, entraînant une amyotrophie marquée 15

Corps étranger traumatique.

(A évaluer selon les pertes fonctionnelles et blocages constatés).

2.2.5 LES ARTICULATIONS DU PIED.

Articulation tibio-tarsienne.

L'articulation de la cheville forme la jonction entre la jambe et le pied. Elle comprend l'articulation tibio-tarsienne, responsable de la mobilité du pied surtout dans le plan sagittal.

L'extension du pied (flexion plantaire) est de 40° par rapport à la position anatomique ; la flexion dorsale est de 25°.

On recherchera les mouvements anormaux (hyperlaxité ligamentaire), ainsi qu'un éventuel choc astragalien (diastasis tibio-péronier). L'amyotrophie de la jambe sera mesurée au niveau de la plus grande circonférence du mollet.

- Blocage de la cheville en bonne position (angle droit) avec mobilité conservée des autres articulations du pied 15.

- En bonne position, mais avec perte de la mobilité des autres articulations du pied 20 à 35

- Blocage de la cheville, pied en talus 25

- Blocage de la cheville, pied en équin prononcé 20 à 35

- Déviation en varus en plus 15

- Déviation en valgus en plus 10

Limitation des mouvements de la cheville.

- Dans le sens antéro-postérieur, le pied conservant un angle de mobilité favorable (15° de part et d'autre de l'angle droit) 5

- Diastasis tibio-péronier important, en lui-même 12

- Déviation en vargus, en plus 15.

- Déviation en valgus, en plus 10.

Articulations sous-astragaliennes et tarso-métatarsiennes.

Elles sont responsables de l'abduction (latéralité externe jusqu'à 20°), et de l'adduction (latéralité interne, jusqu'à 30°), de la pronation (plante du pied regardant en dehors), et de la supination (plante du pied regardant en dedans).

- Blocage ou limitation de la partie médiane du pied 15.

Articulations métatarso-phalangiennes.

Elles permettent aux orteils un angle flexion-extension de 90° environ. La plus importante est la première, étant donnée l'importance du gros orteil dans la fonction d'appui dans la locomotion.

Blocage isolé de cette seule articulation :

- Gros orteil :

En rectitude (bonne position) 5

En mauvaise position 10

- Autres orteils :

En rectitude 2

En mauvaise position 4

Limitation des mouvements.

- Gros orteil 2 à 4

- Autres orteils 1 à 2

Articulations interphalangiennes.

Seule a une importance, dans la fonction de locomotion, l'interphalangienne du gros orteil.

- Blocage de l'interphalangienne du gros orteil 3

- Limitation de ses mouvements 1.

2.3 PSEUDARTHROSES, DEFORMATIONS ET RACCOURCISSEMENTS

2.3.1 CEINTURE PELVIENNE.

Les séquelles pouvant entraîner une incapacité permanente seront estimées d'après la gêne fonctionnelle qu'elles apportent aux articulations de voisinage, en particulier pour les déformations.

2.3.2 CUISSE.

- Angulation, déformation, selon le retentissement sur la marche 10 à 30

- Pseudarthrose du fémur 70

2.3.3 GENOU.

- Pseudarthrose consécutive à une résection du genou 50

- Genou ballant 60

2.3.4 JAMBE.

- Angulation, déformation en baïonnette, etc., selon le retentissement sur la marche 5 à 25
- Pseudarthrose du tibia ou des deux os 70

2.3.5 PIED.

- Affaissement de la voûte plantaire 5 à 15
- Pied creux post-traumatique 5 à 10
- Exostose sous-calcaneéenne 15
- Cal vicieux, exubérant. Selon répercussion sur la marche 5 à 15

Raccourcissements. Le taux évalué pour le raccourcissement post-traumatique s'ajoutera aux autres taux ayant pu être éventuellement estimés par ailleurs pour d'autres séquelles.

- Moins de 2 cm 0
- De 2 à 3 cm 2 à 4
- De 4 cm 9
- De 5 cm 15
- De 6 cm 18
- De 7 cm 21
- De 8 cm 24
- De 9 cm 27
- De 10 cm 30

Le raccourcissement sera toujours soigneusement mesuré entre repères osseux (par exemple : épine iliaque antéro-supérieure - malléole interne). On peut recommander la méthode de Rey.

2.4 SEQUELLES MUSCULAIRES ET TENDINEUSES (1).

(1) Pour une appréciation plus précise, on pourra se reporter au chapitre IV (système nerveux : 4.2.5.), où sont exposés les six degrés de force musculaire.

- Rupture musculaire complète (triceps, adducteurs, etc.) 10 à 15
- Maladie de Pellegrini Stieda (à évaluer selon les séquelles fonctionnelles)
- Rupture du tendon rotulien ou quadricipital :

Non réparée 30

Réparée (à évaluer selon le déficit fonctionnel résiduel du genou).

- Rupture d'un aileron rotulien, avec mobilité anormale de la rotule 15

- Rupture du talon d'Achille :

Non réparée 30

Réparée (à évaluer selon limitation des mouvements de la cheville et l'atrophie du mollet).

- Rupture des péroniers latéraux :

Complète 20

Incomplète 10

- Luxation des tendons péroniers (l'origine traumatique étant démontrée) 10

2.5 OSTEITES ET OSTEOMYELITIS.

(Venant s'ajouter aux autres éléments séquellaires)

- Fistule persistante unique 10

- Fistule persistante multiple, avec déformation osseuse résistant à la cure chirurgicale 15 à 25

2.6 LÉSIONS MULTIPLES DES MEMBRES INFÉRIEURS.

Lorsque des lésions traumatiques ont laissé des séquelles portant sur les deux membres inférieurs, il y a lieu d'évaluer l'incapacité de chaque membre séparément, puis d'additionner les taux, sans que la somme puisse dépasser 100 %.

2.7 SÉQUELLES NERVEUSES ET VASCULAIRES.

On se reportera au chapitre des séquelles portant sur le système nerveux périphérique et des séquelles portant sur l'appareil cardio-vasculaire.

2.8 LOMBOSCIATIQUES.

Se reporter au chapitre 3 : " Rachis ".

Article Annexe I à l'art. R434-32 (4)

3 - RACHIS

3.1 RACHIS CERVICAL.

La flexion en avant porte le menton sur le sternum :

hyperextension : 45° ; rotations droite et gauche : 70° ; inclinaisons droite et gauche (l'oreille touche l'épaule) : 45°.

Persistance de douleurs et gêne fonctionnelle, qu'il y ait ou non séquelles de fracture d'une pièce vertébrale :

- Discrètes 5 à 15
- Importantes 15 à 30
- Très importantes séquelles anatomiques et fonctionnelles 40 à 50

A ces taux s'ajouteront éventuellement les taux fixés pour les séquelles neurologiques pouvant coexister.

Pour le syndrome cervico-céphalique (voir chapitre 4 : "Crâne et système nerveux").

Pour les atteintes radiculaires, voir chapitre 4 : "Névrites périphériques" (4.2.5.) et "Algodystrophies" (4.2.6.)

3.2 RACHIS DORSO-LOMBAIRE.

Si le rachis dorsal est un segment pratiquement rigide et participant peu aux mouvements, la pathologie traumatique du rachis lombaire est fréquente. Aussi, est-il indispensable de tenir compte des données rhumatologiques les plus récentes de la pathologie discale et non discale lombaire.

Pour éviter les interprétations erronées basées sur une fausse conception de l'image radiologique, il faut définir avec soin les données objectives de l'examen clinique et, notamment, différencier les constatations faites selon qu'elles l'ont été au repos ou après un effort.

L'état antérieur (arthroses lombaires ou toute autre anomalie radiologique que l'accident révèle et qui n'ont jamais été traitées antérieurement), ne doit en aucune façon être retenu dans la genèse des troubles découlant de l'accident.

Normalement, la flexion à laquelle participent les vertèbres dorsales et surtout lombaires est d'environ 60°. L'hyperextension est d'environ 30°, et les inclinaisons latérales de 70°. Les rotations atteignent 30° de chaque côté.

C'est l'observation de la flexion qui donne les meilleurs renseignements sur la raideur lombaire. La mesure de la distance doigts-sol ne donne qu'une appréciation relative, les coxo-fémorales intervenant dans les mouvements vers le bas. L'appréciation de la raideur peut se faire par d'autres moyens, le test de Schober-Lasserre peut être utile. Deux points distants de 15 cm (le point inférieur correspondant à l'épineuse de L 5), s'écartent jusqu'à 20 dans la flexion antérieure. Toute réduction de cette différence au-dessous de 5 cm atteste une raideur lombaire réelle.

Persistance de douleurs notamment et gêne fonctionnelle (qu'il y ait ou non séquelles de fracture) :

- Discrètes 5 à 15
- Importantes 15 à 25
- Très importantes séquelles fonctionnelles et anatomiques 25 à 40

A ces taux s'ajouteront éventuellement les taux estimés pour les séquelles nerveuses coexistantes.

Anomalies congénitales ou acquises : lombosciatiques.

Notamment : hernie discale, spondylolisthésis, etc. opérées ou non. L'I.P.P. sera calculée selon les perturbations fonctionnelles constatées.

3.3 SACRUM ; COCCYX.

Les fractures du sacrum laissent en général peu de séquelles. Il peut exister cependant une certaine gêne aux mouvements du tronc, des douleurs à la station assise, une gêne plus ou moins importante à l'usage de la bicyclette :

- Sacrum 5 à 15

Les fractures des ailerons peuvent laisser de graves séquelles, appréciées selon les indications fournies au chapitre du membre inférieur (articulations sacro-iliaques).

- Coccygodynie : avec tiraillements à l'accroupissement, douleurs en position assise, etc. 5 à 15

3.4 ARTHROSE VERTEBRALE.

Dans certains cas rares, un traumatisme peut déclencher ultérieurement une arthrose vertébrale localisée. Par ailleurs, le traumatisme peut aggraver une arthrose vertébrale préexistante. Il y a lieu, dans le cas où la relation du traumatisme et de l'arthrose est démontrée, d'évaluer le taux en raison des séquelles fonctionnelles et douloureuses.

Article Annexe I à l'art. R434-32 (5)

4 - CRÂNE ET SYSTEME NERVEUX

4.1 SEQUELLES OSSEUSES ET TEGUMENTAIRES.

Perte des cheveux, cicatrices du cuir chevelu (voir chapitre "Téguments").

Atteintes osseuses :

Ces atteintes sont chiffrées en dehors des séquelles commotionnelles, paralytiques ou autres, qui seront évaluées à part, les 2 taux s'additionnant sans que le total puisse excéder 100 %.

Embarrure crânienne persistante, selon le degré d'enfoncement :

- 1/2 centimètre 2

- 1 centimètre 5

- Plus de 1 centimètre 10

Perte de substance osseuse (avec battements duremériens et impulsion à la toux) :

- Diamètre : 3 centimètres 10

- De 4 à 9 centimètres 20 à 40

- 10 centimètres 40 à 60

- Perte de substance réparée par plastie, mal tolérée : le taux sera apprécié selon l'importance des troubles fonctionnels.

Les séquelles de trépanation ne donnent plus lieu en elles-mêmes à une indemnisation, même s'il y a quatre ou cinq trous de trépan, sauf cicatrices douloureuses.

- Volet cicatrisé en mauvaise position 5 à 10 Pour les séquelles fronto-orbitaires, voir le chapitre "Ophtalmologie".

Corps étranger intracrânien :

Certains corps étrangers intracrâniens sont remarquablement bien tolérés et n'entraînent souvent aucune incapacité. Au cas où un corps étranger intracrânien entraînerait des troubles fonctionnels, il conviendrait de fixer le taux d'incapacité en fonction de ces troubles (hémiplégie, aphasie, troubles endocriniens ou neurologiques divers, etc.).

Cranio-hydrorrhée (voir oto-rhino-laryngologie).

4.2 SEQUELLES PORTANT SUR LE NEVRAXE.

Les incapacités résultant d'une atteinte du névraxe seront évaluées non pas à partir de la lésion initiale en elle-même, mais en fonction des séquelles réduisant l'activité de l'intéressé.

L'examen neurologique clinique s'attachera à mettre en évidence :

1° Les troubles moteurs.

- Limitation totale ou partielle des mouvements volontaires ;
- Troubles du tonus ;
- Troubles des mouvements associés et de la coordination ;
- Mouvements involontaires (tremblements, mouvements athétosiques ou choréiques, etc.) ;
- Akinésie ou dyskinésie ;
- Ataxie etc.

2° Les troubles sensitifs.

- Anesthésie ;
- Douleurs, dysesthésies ;
- Astéréognosie ; - Perte du sens de position et atteinte de la sensibilité discriminative ;
- Paresthésies, etc.

L'examen clinique gagnera, le cas échéant, à s'appuyer sur des examens complémentaires : électroencéphalogramme, examen ophtalmologique, examen oto-vestibulaire, examen neuro-radiologique.

4.2.1 SYNDROMES PROPRES AU CRÂNE ET A L'ENCEPHALE

4.2.1.1 Syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne

Les traumatisés du crâne se plaignent souvent de troubles divers constituant le syndrome subjectif. On ne doit conclure à la réalité d'un tel syndrome qu'avec prudence. Il ne sera admis que s'il y a eu à l'origine un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale par l'intermédiaire de l'axe cérébral plus particulièrement du rachis cervical.

Ce syndrome se manifeste par des céphalées, des étourdissements ou une sensation d'instabilité, une difficulté de la concentration intellectuelle et de l'association des idées. La victime peut accuser également une fatigabilité intellectuelle à la lecture (par hétérophorie), des troubles amnésiques portant sur les faits récents, une modification de l'humeur et du caractère, ainsi que des troubles du sommeil.

Lors de l'interrogatoire, il y aura lieu de faire préciser au blessé les signes accusés, de les lui faire décrire. Cependant, le médecin évitera de diriger l'interrogatoire par des questions pouvant orienter les réponses.

- Syndrome subjectif, post-commotionnel 5 à 20

On ne doit pas additionner au taux du syndrome post-commotionnel les taux inhérents à des séquelles neurologiques, sans que celles-ci soient individualisées et objectivées par des examens paracliniques éventuels : bilans ophtalmo et O.R.L., E.C.G., tomодensitométrie, etc.

4.2.1.2 Syndrome cervico-céphalique

Il s'accompagne éventuellement de vertiges de position avec obnubilation visuelle, "arnoldalgie", point d'Erb, contracture du trapèze, redressement de la lordose cervicale physiologique, limitation plus ou moins douloureuse de la mobilité du cou.

- Syndrome isolé 5 à 15

- Syndrome associé à un syndrome post-commotionnel, le taux global n'excèdera pas 25.

4.2.1.3 Epilepsie

Les séquelles épileptiques seront chiffrées d'après la fréquence des crises, un traitement étant régulièrement suivi. La plupart des épilepsies peuvent en effet être équilibrées par une médication appropriée. Si les crises surviennent après la fin de la première année, la relation avec le traumatisme sera établie ou non, après un examen approfondi du blessé.

Le médecin chargé de l'évaluation prendra connaissance du traitement suivi et demandera dans tous les cas un électro-encéphalogramme, s'il n'a pas déjà été pratiqué. Il demandera au besoin une hospitalisation pour contrôle.

4.2.1.3.1 Epilepsie généralisée.

Le médecin chargé de l'évaluation s'assurera de la réalité des accès et les fera décrire de façon très détaillée (brièveté et caractère impressionnant, stertor, chutes).

Epilepsie légère : contrôlée par le traitement et compatible avec l'activité professionnelle habituelle : 10 à 15.

Epilepsie mal contrôlée par le traitement avec crises fréquentes et éventuellement, troubles du comportement associés, nécessitant des précautions spéciales au travail (dans ce cas, la nécessité d'un changement de profession doit être particulièrement mis en relief) : 30 à 70.

Epilepsie incontrôlée avec crises fréquentes nécessitant la surveillance du sujet et rendant impossible toute activité : 100.

4.2.1.3.2 Epilepsie focalisée (équivalents épileptiques).

Epilepsie Bravais-Jacksonienne.

- Crises limitées à quelques groupes musculaires : 10 à 30

- Crises affectant des groupes assez étendus : 10 à 40

Epilepsie psycho-motrice (automatisme inconscient d'origine temporale) : 10 à 60

Autres épilepsies focalisées (frontale, occipitale, pariétale) :

Epilepsie frontale.

- Crises motrices, avec élévation du bras et éventuellement arrêt du langage : 10 à 40

Epilepsie occipitale.

- Sensations visuelles lumineuses figurées macro ou micropsiques : 10 à 40.

Epilepsie pariétale.

- Vertiges rotatoires et adersion 10 à 40.

4.2.1.4 Syndromes parkinsonniens

C'est une éventualité rare, mais indiscutable. Trois modalités peuvent exister :

- Exceptionnellement, une lésion cérébrale par corps étranger ou par projectile peut créer une lésion des noyaux gris et entraîner l'apparition de syndromes extrapyramidaux unilatéraux du côté opposé au traumatisme. Dans ce cas, la maladie n'est pas évolutive et les signes restent fixés ; en général, d'autres syndromes coexistent et, en particulier, des signes pyramidaux. A vrai dire, il ne s'agit pas d'un syndrome parkinsonnien proprement dit, mais de symptômes extra-pyramidaux au cours d'une lésion cérébrale.

L'indemnisation dépend de l'importance des symptômes et est subordonnée à l'importance des autres manifestations neurologiques.

- Un syndrome parkinsonnien évoluant après un traumatisme crânio-cérébral ou un syndrome de "choc" qu'elle qu'en soit la pathogénie.

Le délai d'apparition après le traumatisme doit être de quelques mois, et d'un an au maximum.

- Parkinson d'origine toxique (oxyde de carbone, bioxyde de manganèse, etc.).

Pour les trois formes, le taux tiendra compte de la gravité et du caractère unilatéral ou bilatéral :

- Syndrome parkinsonnien léger, réagissant bien au traitement : 10 à 20

- Syndrome plus accentué, avec gêne appréciable : 20 à 40

- Syndrome important : 40 à 90

- Syndrome excluant toute possibilité d'activité : 100

4.2.1.5. Torticolis spasmodiques, post-traumatique : 10 à 20

4.2.1.6. Tremblement volitionnel d'attitude post-traumatique, habituellement unilatéral

Dominant : 30 à 60

Non dominant : 20 à 40

4.2.1.7 Syndrome cérébelleux.

Les séquelles cérébelleuses des traumatismes crâniens sont relativement rares à l'état pur. Elles sont généralement associées à d'autres séquelles et surtout à des séquelles pyramidales.

- Atteinte cérébelleuse globale, comportant des troubles statiques avec impossibilité de la marche, ainsi que des troubles kinétiques, avec dysmétrie et hypermétrie et incoordination bilatérale, adiadococinésie, tremblements, rendant toute activité impossible, et dysarthrie : 100
- Atteinte bilatérale mais incomplète, permettant une marche imparfaite et des mouvements maladroits : 60 à 80
- Atteinte bilatérale légère avec marche peu perturbée, avec quelque maladresse des mouvements : 30 à 50

Une atteinte unilatérale comportera, suivant l'importance de la maladresse des mouvements :

	DOMINANT	NON DOMINANT
Complète	80	75
Moyenne	30 à 70	25 à 65
Légère	10 à 25	10 à 20

Dysarthrie : le sujet comprend, écrit, mais parle mal, parole laborieuse, difficilement intelligible. L'élément professionnel est essentiel :

- Légère : 5 à 15
- Importante : 15 à 60

4.2.1.8 Atteinte de la fonction du langage.

Aphasie : Les taux seront attribués compte tenu de l'atteinte plus ou moins complète de l'expression verbale. Le taux sera plus élevé lorsqu'il y a des troubles de la compréhension du langage, aussi bien parlé qu'écrit. Le taux de 100 % sera réservé au blessé qui ne peut communiquer avec ses semblables ni en exprimant sa pensée, ni en comprenant ce qui a été dit.

4.2.1.9 Syndrome thalamique

(voir Atteinte médullaire douloureuse spinothalamique).

4.2.1.10 Nerfs crâniens

Les atteintes d'un certain nombre de nerfs crâniens sont étudiées au chapitre traitant de la fonction à laquelle ils participent (organes des sens en particulier).

Il est donc indiqué, ci-après, les chapitres auxquels il convient éventuellement de se reporter.

On aura soin, avant de conclure à l'origine traumatique du déficit fonctionnel constaté, de s'entourer de précautions pour éviter de rapporter à l'accident en cause un état pathologique sans rapport avec lui. Des avis spécialisés seront souvent indispensables.

- I. Nerf olfactif (se reporter à "Séquelles portant sur l'odorat") ;
- II. Nerf optique (se reporter à "Séquelles portant sur le système oculaire") ;
- III. Nerf moteur oculaire commun (se reporter à "Nerf optique") ;

IV. Nerf pathétique (idem) ;

V. Nerf trijumeau.

Les séquelles résultant d'une atteinte du trijumeau peuvent être d'ordre sensitif ou d'ordre moteur.

- Séquelles sensitives.

Elles sont souvent trop minimes pour être chiffrables.

- Anesthésie simple, sans douleur, par section d'une branche périphérique (nerf sus-orbitaire, sous-orbitaire, maxillaire inférieur) 5 à 10

- Névralgie intense et persistante, en particulier de type continu sympathalgique, selon les répercussions sur l'activité du blessé 10 à 60

- Séquelles motrices.

Une atteinte unilatérale n'entraîne qu'une gêne minime. Cependant, la mastication peut se trouver perturbée, de même que l'élocution et la déglutition. Ces troubles sont beaucoup plus importants si l'atteinte est bilatérale.

- Atteinte unilatérale 5

- Atteinte bilatérale 20 à 30

VI. Nerf moteur oculaire externe : syndrome neuro-paralytique (voir "Ophtalmologie", annexe de l'œil) ;

VII. Nerf facial : les troubles sensitifs dus à l'atteinte d'un ou des nerfs faciaux n'entraînent aucune incapacité fonctionnelle.

Le sens du goût dépend à la fois du facial et du glosso-pharyngien (se reporter à "Séquelles portant sur le sens du goût").

- Troubles moteurs.

Il s'agit essentiellement de troubles de la mimique, de la fermeture des yeux, de la mastication, du contrôle de la salivation et des larmes. Une paralysie unilatérale a des conséquences bien moindres qu'une atteinte bilatérale. Un bilan électrodiagnostique et électro-myographique pourra être pratiqué en vue de mettre en évidence une réaction de dégénérescence éventuelle.

Le médecin chargé de l'évaluation justifiera son estimation d'après les difficultés de l'alimentation et de l'élocution. Eventuellement, il insistera sur les répercussions que peuvent avoir les séquelles sur la profession du blessé.

- Paralysie de type périphérique, totale et définitive : 20 à 30

- Paralysie de type périphérique, partielle et définitive (une paralysie datant de plus de deux ans peut être considérée comme définitive) : 10 à 30

- Paralysie bilatérale suivant l'intensité et l'état des réactions électriques : 20 à 30

- Contracture post-paralytique ou hémispasme facial, suivant déformation du visage : 10 à 20

VIII. Nerf auditif (se reporter à "Séquelles portant sur le système auditif").

IX. Nerf glosso-pharyngien :

Nerf mixte, sensitivo-moteur ; ses troubles sont difficiles à évaluer, car il participe à plusieurs fonctions. L'incapacité fonctionnelle dépend de la gêne à la déglutition, à l'élocution, voire à la respiration.

- Paralysie unilatérale (fausse route) : 10
- Paralysie bilatérale (exceptionnelle) : 20

X. Nerf pneumogastrique.

Le nerf pneumogastrique possède des fonctions végétatives (parasymphatiques), des fonctions motrices et des fonctions sensitives. De sa blessure résultent donc :

- Des troubles de la fonction végétative ;
- Des troubles de la fonction motrice ;
- Des troubles de la fonction sensitive.

Ces troubles seront estimés selon les différents déficits fonctionnels constatés (voir Appareil digestif, respiratoire, cardio-vasculaire, O.R.L.).

XI. Nerf spinal.

L'atteinte du nerf spinal peut déterminer une atrophie du trapèze et du sternocléido-mastoïdien (chute de l'épaule, déviation en dehors du bord spinal du scapulum, faiblesse de la main unilatérale). La réadaptation est parfois possible.

- Selon la gêne apportée dans l'activité du blessé, et le côté atteint 15 à 30

(Une périarthrite scapulo-humérale (P.S.H.) peut faire partie du tableau).

XII. Nerf grand-hypoglosse.

Nerf moteur de la langue. Son atteinte unilatérale entraîne une atrophie de l'hémilangue, mais sans incapacité fonctionnelle importante. Si l'atteinte est bilatérale (cas tout à fait exceptionnel), l'incapacité sera évaluée en fonction de la dysarthrie et des troubles de l'alimentation (voir " Paralysie de la langue ").

Atteintes multiples des nerfs crâniens. En cas d'atteinte simultanée de plusieurs nerfs crâniens, les taux seront évalués selon le degré des troubles fonctionnels globaux sans que la somme des taux puisse dépasser 100 %.

4.2.1.11 Séquelles psychonévrotiques

Il est nécessaire de recourir à un bilan neuropsychologique détaillé et à l'avis d'un neuro-psychiatre. Dans la majorité des cas, ces troubles sont les conséquences de lésions cérébrales diffuses, sans possibilité de focalisation, associées ou non à des troubles neurologiques précis.

En règle générale, les accidentés atteints de ces troubles intellectuels post-traumatiques ont présenté un coma plus ou moins prolongé et ont présenté en général d'emblée des troubles de la conscience : 30 à 100

Syndromes psychiatriques.

L'étiologie traumatique des syndromes psychiatriques est très exceptionnelle. Il ne faut qu'une enquête approfondie atteste l'intégrité mentale antérieure, et que le syndrome succède immédiatement à un traumatisme particulièrement important. Seul, un psychiatre peut estimer valablement le déficit psychique de la victime.

- Syndrome psychiatrique post-traumatique : 20 à 100.

Névroses post-traumatiques.

- Syndrome névrotique anxieux, hypochondriaque, cénesthopatique, obsessionnel, caractérisé, s'accompagnant d'un retentissement plus ou moins important sur l'activité professionnelle de l'intéressé : 20 à 40

(Ces cas névrotiques caractérisés ne doivent pas être confondus avec un syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne ni avec les séquelles définies au chapitre suivant).

4.2.2 SEQUELLES PROVENANT DE L'ATTEINTE DIFFUSE DES HEMISPHERES OU DU TRONC CEREBRAL :

Elles peuvent être caractérisées par :

a. grande indifférence, passivité, absence de réactivité. Elles sont secondaires à un coma prolongé et avec réanimation respiratoire (le blessé ne fait pas sa toilette, ne peut pas prendre ses aliments lui-même, et ne peut pas toujours aller seul aux w.-c.) : 100

b. Le sujet a un aspect normal. Il peut faire illusion, il a des troubles sévères de l'attention et du jugement, une activité diminuée, souvent réduite aux automatismes sociaux antérieurement acquis ; il ne peut prendre de décision ou les prend sans réflexion et manque d'initiative (justification éventuelle d'une tutelle judiciaire) : 40 à 80

c. Certains cas, troubles amnésiques, parfois Korsakoff post-traumatique, avec baisse considérable de l'affectivité ;

parfois une euphorie paradoxale ou, au contraire, un état de dépression est constaté : 30 à 80

4.2.3 SEQUELLES PROPRES A L'ATTEINTE MEDULLAIRE

Syndrome de Brown-Séquard : le déficit sera évalué en faisant la somme de l'atteinte motrice d'un côté et de l'atteinte sensitive de l'autre.

Syndromes autres que le syndrome de Brown-Séquard : les atteintes constatées peuvent être :

- Soit résiduelles et fixes ;
- Soit évolutives et progressives ;
- Soit exceptionnellement régressives.

Le pourcentage d'estimation doit être fixé en raison du degré d'impotence et de l'importance des éventuels troubles trophiques associés.

Syndromes atrophiques :

Au membre supérieur.

	DOMINANT	NON DOMINANT
--	----------	--------------

Atteinte à prédominance proximale de la ceinture scapulaire et du bras, sans retentissement sur la fonction de la main	20 à 40	20 à 35
Atteinte à prédominance distale intéressant la fonction de la main ou de l'avant-bras	30 à 70	30 à 60
Atteinte complète avec impotence totale d'un membre supérieur	90	80

Au membre inférieur.

- Atteinte à prédominance proximale de la ceinture pelvienne, sans retentissement sur la fonction du pied :

Non dominant : 40 à 60

Atteinte à prédominance des muscles de la cuisses :

Non dominant : 20 à 40

- Atteinte à prédominance distale intéressant la fonction du pied et de la jambe :

Non dominant : 25 à 50

- Atteinte complète avec impotence absolue d'un membre inférieur :

Non dominant : 75

En cas de bilatéralité des lésions, il y a lieu d'évaluer chaque membre séparément, puis d'additionner les taux (le taux de 100 % ne pouvant être en aucun cas dépassé).

Les taux attribués le sont en dehors de toute possibilité d'appareillage ou de correction chirurgicale : lorsque l'adaptation d'un appareil s'avère possible, le médecin tiendra compte de cette possibilité et le taux diminué en fonction des résultats que l'on sera en droit d'attendre de cet appareillage. Dans la meilleure hypothèse, la réduction ne pourra pas dépasser 15 % du taux prévu.

Troubles sensitifs :

Ils ne sont pratiquement jamais isolés et accompagnent les séquelles motrices qu'ils peuvent aggraver.

La perte de sensibilité entraîne la perte de précision et le contrôle de la force du geste.

L'incapacité sera donc évaluée globalement. En cas de troubles sensitifs isolés, on tiendra compte de leur répercussion sur l'utilisation du membre considéré (voir " Syndrome spino-thalamique " au chapitre suivant).

Troubles sphinctériens et génitaux :

Rétention et incontinence d'urine (se reporter au système génito-urinaire).

Troubles de la défécation : si les troubles peuvent être corrigés par les thérapeutiques habituelles d'évacuation rectale, il n'y a pas lieu d'estimer d'incapacité partielle de travail.

- Rétention rebelle, entraînant des symptômes de coprostase : 10

- Incontinence incomplète : 10 à 25

- Complète : 70

- Troubles génitaux, abolition des érections ou diminution considérable, ne permettant pas les rapports sexuels : 10 à 20

Syndrome de la queue de cheval.

L'examen neurologique doit être spécialement attentif et minutieux. Le médecin non spécialiste aura avantage à prendre l'avis d'un neurologue.

1° Il existe une anesthésie en selle plus ou moins développée ;

2° L'atrophie musculaire est précoce et accentuée, les troubles sphinctériens et génitaux importants ;

3° Les réflexes achilléens sont abolis, les rotuliens parfois également ;

4° Les troubles moteurs manquent souvent : lorsqu'il existe une paraplégie, elle est de type radiculonévritique, c'est-à-dire flasque et en général dissociée.

- Syndrome plus ou moins accentué, selon les troubles sphinctériens et génitaux : 30 à 50

(A ce taux s'ajoute l'incapacité résultant des troubles parétiques éventuellement associés, sans que la somme puisse dépasser 100 %).

Séquelles d'hématomyélie :

La récupération motrice, après hématomyélie, est habituelle, mais elle n'est jamais complète. Subsistent en particulier des atrophies musculaires et des anesthésies suspendues de type syringomyélique. Le taux d'incapacité sera évalué en raison des atteintes motrices, sensitives et musculaires pouvant subsister, après éventuellement avis d'un spécialiste.

4.2.4 SEQUELLES PROVENANT INDIFFEREMMENT D'ATTEINTE CEREBRALE DU MEDULLAIRE.

Troubles moteurs :

Hémiplégie.

- Impotence complète, avec troubles sphinctériens, avec ou sans aphasie, etc. : 100

Conservation d'une activité réduite, avec marche possible, absence de troubles sphinctériens, langage peu ou pas perturbé, persistance d'une certaine autonomie :

- Côté dominant : 60 à 80

- Côté non dominant : 50 à 70

Monoplégie.

Atteinte isolée d'un membre inférieur.

- Marche possible, mais difficile en terrain accidenté, pour monter des marches, longs trajets pénibles : 30

- Marche difficile, même en terrain plat : 40

Le sujet peut se lever, maintenir certaines positions, mais la démarche est impossible sans l'aide de cannes-béquilles ou de béquilles.

Atteinte isolée d'un membre supérieur.

	DOMINANT	NON DOMINANT
Préhension possible, mais avec gêne de la dextérité digitale	10 à 25	8 à 20
Préhension possible, mais sans aucune dextérité digitale	25 à 50	20 à 45
Mouvements du membre supérieur très difficiles	50 à 75	45 à 65
Mouvements du membre supérieur impossibles	85	75

Atteinte de plusieurs membres (diploégie, triplégie, tétraplégie).

(Les deux membres supérieurs ou les deux membres inférieurs, ou un membre supérieur et les deux membres inférieurs, etc). Il y a lieu d'estimer séparément chaque incapacité, et d'en faire la somme. S'il s'agit des deux membres exerçant la même fonction, il y a lieu de majorer cette somme de 10 %, en raison de la synergie. De toute façon, le taux global ne peut en aucun cas dépasser 100 %.

Troubles sensitifs :

a. Ils ne sont pratiquement jamais isolés, et accompagnent les séquelles motrices, qu'ils peuvent aggraver. L'anesthésie d'une main équivaut à une paralysie partielle. La perte de la sensibilité entraîne en effet la perte de la précision et le contrôle de la force du geste.

L'incapacité sera donc évaluée globalement. En cas de troubles sensitifs isolés : on tiendra compte de leur répercussion sur l'utilisation du membre considéré.

b. Douleurs de type spino-thalamique :

- Douleur à type de brûlure permanente unilatérale plus ou moins étendue, exagérée par le frottement et les émotions : 20 à 60

- Avec impotence totale d'un membre : 80

4.2.5 SEQUELLES PORTANT SUR LE SYSTÈME NERVEUX PERIPHERIQUE

Huit paires de racines cervicales, douze dorsales, cinq lombaires, cinq sacrées et une coccygienne, soit trente et une en tout composent le système nerveux périphérique.

Son atteinte se manifeste par des troubles sensitifs, moteurs, réflexes et sympathiques, dont la distribution tomographique permet de localiser la lésion.

INNERVATION DES PRINCIPAUX MUSCLES (tête exclue)

MUSCLES	RACINES	NERFS
Muscles de la nuque	C1 à C4	Plexus cervical
Trapèze	C1 à C4	Spinal médullaire et plexus cervical
Diaphragme	C3 - C4	Phrénique
Rhomboïdes	C4 - C5	
Grand dentelé	C5 - C7	
Pectoraux	C5 à D1	
Sus-épineux	C5	Plexus brachial
Sous-épineux	C5 - C6	
Grand dorsal	C6 à C8	
Deltoïde	C5 - C6	Circonflexe
Triceps brachial antérieur	C5 - C6	Musculo-cutané
Triceps brachial	C7 - C8	Radial
Long supinateur	C6	Radial
Radiaux	C6 - C7	Radial

Court supinateur	(C5) C6 (C7)	Radial
Extenseur commun des doigts	(C6) C7 (C8)	Radial
Cubital postérieur	(C6) C7 (C8)	Radial
Cubital antérieur	(C7) C8	Cubital
Palmaires	C6 - C7	Médian
Rond pronateur	C6 - C7	Médian
Fléchisseur commun superficiel	(C7) C8 (D1)	Médian
Fléchisseur commun profond	C7 - C8 - D1	Médian (chefs externes, cubital chefs internes)
Long abducteur du pouce	(C6) C7 (C8)	Radial
Long extenseur du pouce	(C6) C7 (C8)	Radial
Court extenseur du pouce	(C6) C7 (C8)	Radial
Long fléchisseur du pouce	C7 - C8	Médian
Court abducteur du pouce	C7 - C8	Médian
Opposant du pouce	C7 - C8	Médian
Abducteur du pouce	C8 - D1	Cubital
Interosseux	C8 - D1	Cubital
Muscles hypothénariens	C8 - D1	Cubital
Muscles abdominaux	D5 à D12	
Psoasiliaque	D12 à L3	Plexus lombaire
Grand fessier	L4 à S1	Plexus sacré
Moyen et petit fessiers	L4 à S1	
Quadriceps	(L2) L3 - L4	Crural
Adducteurs	L2 - L3 (L4)	Obturateur
Muscles ischio-jambiers	(L5) S1 - S2	Sciatique
Triceps sural	S1 (S2)	Sciatique poplitée interne
Jambier postérieur	L5 (S1)	Sciatique poplitée interne
Jambier antérieur	L4 (L5)	Sciatique poplitée externe
Péroniers latéraux	L5 (S1)	Sciatique poplitée externe
Fléchisseurs des orteils	S1 - S2	Sciatique poplitée interne
Extenseur commun des orteils	L5	Sciatique poplitée externe
Sphincters striés et muscles du périnée	S2 à S4	Honteux

TABLEAU DES RÉFLEXES

Les localisations plus spécifiques sont portées en caractères gras

RÉFLEXE dénominateur	EXCITATION (TECHNIQUE)	RÉACTION normale	LOCALISATION d'après l'émergence rachidienne
Massétérien	Percussion d'une spatule posée sur les dents inférieures, la bouche étant entr'ouverte.	Élévation du maxillaire inférieur	Protubérance annulaire
Bicipital	Percussion d'un tendon bicipital au-dessus du coude, l'avant-bras légèrement fléchi et en supination.	Flexion de l'avant-bras	C5 - C6
Supinateur ou stylo-radial	Percussion de l'apophyse styloïde du radius, le coude fléchi à angle droit, le bras en légère supination.	Contraction du long supinateur	C5 - C6
Cubito-pronateur	- Percussion du pli du coude en dehors de l'épitrachée. - Percussion du rond pronateur à l'avant-bras.	Pronateur de la main et de l'avant-bras	C6 - C7
Tricipital	Percussion du tendon tricipital, le coude légèrement fléchi.	Extension du bras	C7
Carpo-métacarpien	Percussion de la région dorsale carpo-métacarpienne.	Flexion des doigts	C8 - D1
Cutané-abdominal (supérieur et inférieur)	Excitation de la peau et de l'abdomen.	Rétraction de la région ombilicale (vers le haut ou le bas, ou même latéralement)	D7 - D8D9 - D10D11 - D12
Médio-pubien	Percussion de la symphyse pubienne.	Contraction des muscles abdominaux et des adducteurs	D8 - D12
Crémastérien	Frotter la face interne de la cuisse.	Ascension du testicule ipsi-latéral	L1 - L2
R. des adducteurs	Percussion de la face interne du genou.	Adduction de la cuisse	L1 - L3
Rotulien	Percussion du quadriceps (sous ou sus-rotulien).	Extension de la jambe	L2 - L4
R. du biceps crural péronéo-fémoral postérieur	Percussion du tendon bicipital sur le sunet en décubitus latéral.	Flexion de la jambe	S1

Achilléen et médio plantaire	Percussion du tendon d'Achille sur le sujet agenouillé, le pied pendant.	Extension du pied	S1 - S2
Cutanéo-plantaire	Frotter la plante du pied.	Flexion des orteils	S1 - S2
Anal	Gratter la marge anale.	Contraction du sphincter anal externe	S5

Lésions traumatiques

Les taux d'incapacité indiqués s'appliquent à des paralysies totales et complètes.

En cas de paralysie incomplète, parésie ou simple affaiblissement musculaire, le taux d'incapacité subit naturellement une diminution proportionnelle.

On estime généralement six degrés de force musculaire :

0 : aucune contraction n'est possible ;

1 : ébauche de contraction visible, mais n'entraînant aucun déplacement ;

2 : mouvement actif possible, après élimination de la pesanteur ;

3 : mouvement actif possible, contre la pesanteur ;

4 : mouvement actif possible contre la pesanteur et résistance ;

5 : force normale.

Les atteintes correspondant aux degrés 0, 1, 2 et 3 entraîneront l'application du taux entier.

Pour le degré 4, le taux sera diminué de 25 à 50 % de sa valeur.

Les troubles névritiques, douleurs, troubles trophiques, accompagnant éventuellement les troubles moteurs, aggravent plus ou moins l'impotence et légitiment une majoration du taux proposé.

En cas d'atteinte simultanée de plusieurs nerfs d'un même membre, il y a lieu d'additionner les taux, le taux global ne pouvant en aucun cas dépasser le taux fixé pour la paralysie de ce membre.

	DROIT	GAUCHE
Paralysie totale du membre supérieur (degré 0, 1, 2 et 3)	90	80
Plexus brachial :		
- Paralysie radiculaire supérieure, type Duchenne-Erb (deltoïde, sus-épineux, biceps, brachial antérieur, coraco-brachial, long supinateur, et parfois sous-épineux, sous scapulaire, court supinateur et hémidiaphragme) (degré 0, 1, 2 et 3)	55	45
Paralysie radiculaire inférieure, type Déjerine-Klumpke (fléchisseurs des doigts et muscles de la main) (degré 0, 1, 2 et 3)	65	55
Paralysie isolée du nerf sous-scapulaire (grand dentelé, degré 0, 1, 2 et 3)	10	5
Paralysie du nerf circonflexe (deltoïde petit rond) (degré 0, 1, 2 et 3)	35	30
Paralysie du nerf musculo-cutané (biceps, brachial antérieur). La flexion de l'avant-bras sur le bras reste possible par l'action du long supinateur (degré 0, 1, 2 et 3)	25	20
Paralysie du nerf médian :		
a. Au bras : (rond-pronateur, fléchisseur commun superficiel, grand et petit palmaires, chefs externes du fléchisseur commun profond, long fléchisseur du pouce, carré pronateur, court abducteur et opposant du pouce, 2 premiers lombricaux) (degré 0, 1, 2 et 3)	55	45
b. Au poignet (n'atteint que les muscles de la main énumérés ci-dessus) (degré 0, 1, 2 et 3)	45	35
Paralysie du nerf cubital :		

a. Au bras (cubital antérieur, chefs internes du fléchisseur commun profond, muscles hypothéranéens et interosseux, deux lombricaux internes, adducteurs du pouce et chef interne de son court fléchisseur) (degré 0, 1, 2 et 3)	45	35
b. Au poignet (ou muscles de la main ci-dessus, griffe cubitale) (degré 0, 1, 2 et 3)	35	25
Paralysie du nerf radial :		
a. Au-dessus du coude (triceps brachial, anconé, long supinateur, premier et deuxième radial, court supinateur, extenseur commun et extenseur propre du pouce, index, auriculaire, cubital postérieur) (degré 0, 1, 2 et 3)	55	45
b. Au-dessous du coude, les mêmes muscles, sauf triceps et long supinateur (degré 0, 1, 2 et 3)	45	35

Membre inférieur.

- Paralysie totale d'un membre inférieur (degré 0, 1, 2 et 3), flasque 75
- Paralysie complète du nerf sciatique (demi-tendineux, demi membraneux, biceps fémoral, une partie du grand adducteur, auxquels se joignent les muscles innervés par le sciatique poplité externe et le sciatique poplité interne). Voir aussi " Membre inférieur ", séquelles vasculaires et nerveuses (degré 0, 1, 2 et 3) 60
- Paralysie du nerf sciatique poplité externe (jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil, extenseur commun, long et court péroniers latéraux, pédieux) (degré 0, 1, 2 et 3) 30
- Paralysie du nerf sciatique poplité interne (poplité, jumeaux, soléaire, plantaire grêle, jambier postérieur, fléchisseur commun, long fléchisseur du premier orteil, tous les muscles plantaires) (degré 0, 1, 2 et 3) 30
- Paralysie du nerf crural (quadriceps) (degré 0, 1, 2 et 3) 40
- Paralysie du nerf obturateur (pectiné, obturateur externe, adducteur) (degré 0, 1, 2 et 3) 15

Névrites périphériques.

- Névrites avec algies (voir en tête du sous-chapitre)

Lorsqu'elles sont persistantes, suivant leur siège et leur gravité 10 à 20

Pour les névralgies sciatiques (voir "Membre inférieur").

4.2.6 SEQUELLES PORTANT SUR LE SYSTÈME NERVEUX VEGETATIF ET SYNDROMES ALGODYSTROPHIQUES.

Ces séquelles traumatiques prennent la forme d'algodystrophies dont la pathologie demeure encore actuellement mal élucidée. Elles peuvent siéger au membre inférieur comme au membre supérieur, où elles sont plus connues sous le nom de "syndrome épaule main".

Les algodystrophies se manifestent :

1° Par des douleurs diffuses, plus ou moins prononcées, à prédominance distale ;

2° Par des troubles trophiques : cyanose, hypersudation de la main ou du pied, peau fine avec sclérose du tissu cellulaire sous-cutané. Doigts ou orteils prennent un aspect effilé. Des rétractions tendineuses et aponévrotiques tendent à les fléchir ; on peut parfois percevoir des indurations de la paume ou de la plante. Les muscles de la main, du pied s'atrophient progressivement. Les radiographies montrent une transparence anormale des os, avec de multiples petites géodes. Il peut exister des oedèmes de la main, des indurations ou des ulcérations surtout au pied ;

3° Par des troubles articulaires, avec blocage plus ou moins prononcé des articulations, principalement de l'épaule au membre supérieur et de la cheville au membre inférieur.

Algodystrophie du membre supérieur.

- Selon l'intensité des douleurs, des troubles trophiques et de l'atteinte articulaire : forme mineure sans troubles trophiques importants, sans troubles neurologiques et sans impotence 10 à 20

- Forme sévère, avec impotence et troubles trophiques, sans troubles neurologiques objectifs, selon l'importance 30 à 50

- Forme avec troubles neurologiques (voir le chapitre correspondant).

Algodystrophie du membre inférieur.

- Selon l'intensité des douleurs, des troubles trophiques, et de la gêne à la marche 10 à 30

- Forme mineure sans troubles trophiques importants, sans troubles neurologiques et sans impotence 10 à 20

- Forme sévère, avec impotence et troubles trophiques, sans trouble neurologiques objectifs, selon l'importance 30 à 50

- Forme avec troubles neurologiques (voir chapitre correspondant).

Article Annexe I à l'art. R434-32 (6)

5 - OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

5.1 NEZ

5.1.1 STENOSE NASALE.

Seule entraîne une incapacité appréciable la sténose très prononcée d'une fosse nasale ou la sténose moyenne des deux fosses nasales ; il faudra tenir compte également des troubles fonctionnels éventuels.

Dans chaque cas particulier, on tiendra compte des conséquences de voisinage de la sténose, entraînant une perturbation de la perméabilité, même intermittente.

Sténose unilatérale. - Simple diminution du calibre de la narine ou de la fosse nasale 2

- Formation de croûtes, rhino-pharyngite 4

- Sténose totale avec retentissement tubo-tympanique ou sinusien, sans sinusite suppurée 6 à 10

Sténose bilatérale. - Diminution de la perméabilité ne dépassant pas le tiers de la perméabilité physiologique 4

- Diminution plus accentuée avec croûtes, rhino-pharyngite, etc. 8

- Sténose serrée avec respiration exclusivement buccale et troubles à distance 15 à 20

- Troubles fonctionnels entraînant une perturbation bilatérale intermittente de la perméabilité nasale 4 à 6

5.1.2 PERFORATION DE LA CLOISON NASALE.

En général, elle n'entraîne pas d'incapacité. Cependant des phénomènes irritatifs peuvent se manifester autour de la perforation.

- Accompagnée de phénomènes irritatifs 3

5.1.3 RHINITES CROUTEUSES. (après perte de substance endo-nasale étendue).

- Unilatérale 4
- Bilatérale 8

5.1.4 TROUBLES OLFACTIFS.

Ils font suite à une fracture du frontal ou de l'ethmoïde, à des traumatismes crâniens ou faciaux. Ils sont difficiles à évaluer ; à côté de l'épreuve des flacons, existent des épreuves d'olfactométrie, entre autres une méthode basée sur l'E.E.G..

En cas de troubles olfactifs, la profession peut jouer un rôle prédominant et justifier la majoration parfois importante des taux proposés (sommeliers, cuisiniers, métiers de parfums, etc.).

- Anosmie et troubles divers de l'olfaction 5 à 8

5.1.5 TROUBLES ESTHETIQUES PAR MUTILATION OU DEFORMATION NASALE.

Une mutilation sérieuse du nez ou une déformation importante post-traumatique de la pyramide nasale entraîne une aggravation de l'incapacité fonctionnelle par entrave à l'embauche dans certaines professions (artistes, vendeuses, garçons de café, coiffeurs, etc.).

- Déformation de la pyramide nasale, post-traumatique, selon gêne à la respiration, défiguration 5 à 30

5.2 SINUS.

Le rattachement d'une sinusite à un traumatisme ne doit être accepté qu'avec circonspection. On ne peut de toute façon admettre la relation entre la sinusite chronique et le traumatisme, que si celui-ci a entraîné une fracture du sinus considéré, ou un hématome intra-sinusien.

5.2.1 SINUSITE MAXILLAIRE CHRONIQUE.

- Unilatérale 5 à 8
- Bilatérale 10 à 13

5.2.2 SINUSITES FRONTO-ETHMOÏDALES OU SPHENOÏDALES.

- Sinusite unilatérale 15 à 20
- Sinusite bilatérale 25 à 30

5.2.3 CRANIO-HYDRORRHEE (voir "Neurologie").

Il s'agit d'un cas de gravité considérable, surtout en cas de fracture sphénoïdale ou du rocher ; en cas de complications, la victime doit être prise en rechute durant l'évolution de celle-ci.

La cranio-hydrorrhée devra être vérifiée par des examens complémentaires probants, pour préciser la nature de l'écoulement. Il faut en effet se méfier de confondre une cranio-hydrorrhée avec un écoulement d'origine allergique. L'apparition peut en être tardive.

- Cranio-hydrorrhée non compliquée 30
- Cranio-hydrorrhée compliquée de méningite à répétition 60

5.3 PHARYNX.

Le rhino-pharynx peut être intéressé par un traumatisme des maxillaires supérieurs et présenter des lésions du voile (voir " Lésions maxillo-faciales " et " Stomatologie "), ou des rétrécissements cicatriciels (voir " Sténoses nasales ").

L'oropharynx peut être le siège d'une sténose cicatricielle gênant la déglutition.

Le pharynx n'est presque jamais intéressé isolément ; les blessures et leurs conséquences sont associées à celles du larynx et éventuellement de la bouche oesophagienne, qui peuvent les compliquer. Il importe de tenir compte de la gêne à la déglutition, dans l'évaluation globale.

- Gêne à la déglutition par rétrécissement 5 à 35

5.4 LARYNX.

Les lésions traumatiques du larynx déterminent des troubles d'origine cicatricielle ou paralytique. Elles sont d'ailleurs extrêmement rares.

Pour l'évaluation de l'incapacité qu'entraînent ces troubles, il sera tenu compte de la mobilité des cordes vocales, du calibre de la glotte, et de la sous-glote, du vestibule laryngé dans l'inspiration maximum et dans la phonation, enfin du degré des troubles fonctionnels paralytiques ou des lésions cicatricielles, celles-ci pouvant aller de la simple palmure améliorable chirurgicalement, jusqu'au rétrécissement tubulaire massif, extrêmement sténosant. Il faut rappeler que les paralysies récurrentielles peuvent s'améliorer. La profession peut jouer un rôle prédominant et justifier une majoration parfois importante des taux.

Les troubles d'origine laryngée sont de deux sortes :

- Vocaux : dysphonie, aphonie,
- Et respiratoires : dyspnée.

5.4.1 TROUBLES VOCAUX.

- Dysphonie seule 5 à 8
- Aphonie sans dyspnée 30

5.4.2 TROUBLES RESPIRATOIRES.

Insuffisance respiratoire légère, moyenne, importante : (voir chapitre 9 : " Appareil respiratoire ").

- Trachéotomie sans port d'une canule 50
- Trachéotomie avec port d'une canule 80

5.5 OREILLES.

Les séquelles portant sur l'oreille peuvent revêtir divers aspects : vertiges et troubles de l'équilibre, hypoacousie ou surdité, bourdonnements d'oreille, otite suppurée, mutilation ou cicatrice vicieuse de l'oreille externe.

Bien entendu, il arrive fréquemment que diverses séquelles se conjuguent. Dans ce cas, l'incapacité sera calculée en appliquant la règle des infirmités multiples résultant d'un même accident rappelée dans le chapitre préliminaire, sauf cas nommément cités ci-dessous.

5.5.1 VERTIGES ET TROUBLES DE L'EQUILIBRE.

Le vertige traduit une atteinte du labyrinthe, ou plus exactement du vestibule, en entendant par ce mot non seulement l'appareil périphérique, partie de l'oreille interne, mais aussi ses voies nerveuses centrales.

L'interrogatoire est primordial. On laissera le blessé décrire ses troubles en l'aidant au besoin de questions dont il faudra éviter qu'elles n'entraînent la réponse souhaitée. Circonstances d'apparition, durée, caractère, modalité d'évolution, seront ainsi précisés. Il y a lieu, bien entendu, d'éliminer les sensations pseudo-vertigineuses, ainsi que les phénomènes pouvant résulter de troubles de convergence, qui seront appréciés le cas échéant par l'ophtalmologiste.

Les troubles vestibulaires objectifs spontanés seront alors recherchés : Romberg, déviation des index, marche aveugle, nystagmus spontané (derrière des lunettes éclairantes), nystagmus de position (dans les différentes positions de la tête, ou en position de Rose).

Enfin, des épreuves caloriques, type Hautant et Aubry seront pratiquées et, éventuellement, une épreuve rotatoire.

Les données résultant de ces examens, temps de latence, amplitude, fréquence, seront soigneusement notées, ainsi que les manifestations subjectives : nausées, pâleur, etc.

Le degré de gravité des vertiges sera estimé essentiellement en fonction des signes objectifs spontanés ou provoqués.

Il y aura lieu de faire une corrélation entre l'atteinte labyrinthique et une atteinte cochléaire, avec surdité de perception vérifiée à l'audiogramme.

- Vertiges sans signes labyrinthiques objectifs mais avec petite atteinte cochléaire à type de scotomes sur les aig s, attestant une légère commotion labyrinthique 5

- Vertiges s'accompagnant de signes labyrinthiques objectifs tel nystagmus spontané ou de position, ou asymétrie dans les réponses. Nécessité de certaines restrictions dans l'activité professionnelle et dans la vie privée 10 à 15

- Vertiges vestibulaires au cours des épreuves avec inexcitabilité unilatérale 20

- Vertiges avec inexcitabilité bilatérale 25

La surdité sera calculée à part.

Remarque relative à certaines professions. Les vertiges offrent, pour certains métiers, non seulement une gêne particulièrement marquée, mais aussi un danger vital en raison des chutes qu'ils peuvent provoquer. Les ouvriers peintres, couvreurs, maçons, électriciens, tapissiers, chauffeurs d'automobiles, etc., entrent dans ce cas. Pour ces professions, on établira l'incapacité à la limite supérieure des diverses marges qui viennent d'être indiquées, ou même au-dessus. Les éléments justifiant cette augmentation du taux proposé seront indiqués dans le rapport.

Cependant, les vertiges ayant le plus souvent une évolution régressive, on n'aura qu'exceptionnellement à prévoir un changement de profession. Des révisions fréquentes seront à envisager dans le courant des deux premières années.

5.5.2 SURDITE.

L'I.P.P. est fonction de la perception de la voix de conversation. Elle sera évaluée en tenant compte des données acoumétriques (voix haute, voix chuchotée, montre, diapason), des examens audiométriques et éventuellement de l'audition après prothèse.

Il faut être attentif à la fréquence de la simulation et l'exagération des troubles de l'audition. Leur dépistage n'est pas toujours aisé. On sera donc parfois amené à répéter les épreuves dites " de sincérité ".

L'acoumétrie phonique. Ne peut donner qu'une appréciation grossière de la perte auditive, du fait des conditions de sa réalisation : inégalité des voix, réflexe d'élévation de la voix en fonction de l'éloignement, qualités acoustiques du local. La voix chuchotée, en particulier, n'a qu'une valeur d'estimation très limitée, car elle n'a aucune caractéristique laryngée. Elle modifie les caractères physiques des phénomènes qui la composent, surtout à l'égard de leur fréquence. C'est pourquoi, il convient de fonder l'estimation de la perte de capacité sur l'audiométrie.

L'audiométrie doit comprendre l'audiogramme tonal, en conduction aérienne (qui apprécie la valeur globale de l'audition), et en conduction osseuse (qui permet d'explorer la réserve cochléaire) et l'audiogramme vocal.

Le déficit moyen en audiométrie tonale sera calculé sur les 4 fréquences de conversation : 500, 1.000, 2.000, 4.000 hertz : en augmentant la valeur sur 1.000 hertz, un peu moins sur 2.000, par rapport à la fréquence 500 et en donnant la valeur inférieure à la fréquence 4.000.

La formule de calcul de la moyenne est la suivante :

DT égal (2 d (500 Hz) plus 4 d (1.000 Hz) plus 3 d (2.000 Hz) plus 1 d (4.000 Hz)) / 10 Lorsqu'il s'agit d'apprécier, dans une surdité mixte, la part qui revient à une surdité cochléaire, le calcul devra être fait d'après l'audiométrie tonale en conduction osseuse.

La perte auditive vocale sera la moyenne arithmétique des déficits en dB au seuil de l'intelligibilité, relevée sur les axes de 0 %, 50 % et 100 %, des mots compris par rapport à la normale (la courbe normale étant décalée de moins de 10 dB sur le graphique).

Perte auditive vocale égale à

$d\ 0\ \% \text{ plus } d\ 50\ \% \text{ plus } d\ 100\ \% / 3$

Une bonne réhabilitation par prothèse sera prise en considération.

Rappelons que pour certains travailleurs étrangers, l'audiométrie vocale doit être précédée d'une vérification de la bonne compréhension de la langue française.

5.5.3 ACOUPHÈNES.

En général, les acouphènes d'origine traumatique (bourdonnements, sifflements, tintements, etc.), n'existent pas à l'état isolé, c'est-à-dire, en dehors de tout déficit auditif ; mais ils ne sont pas expressément conditionnés par un déficit important. Souvent, ils échappent à tous contrôles objectifs : ils ne seront pris en considération que si le sujet a manifesté par ailleurs une bonne foi évidente au cours de l'examen acoumétrique.

Il sera tenu compte, pour l'estimation du taux d'incapacité, de leur durée, de leur intensité, de leur retentissement sur le sommeil, voire sur l'état général, moral et psychique.

- Acouphène gênant le sommeil, accompagnant une baisse de l'acuité auditive 2 à 5

Ce taux s'ajoute par simple addition à celui afférent à la surdité (en cas de troubles psychiques, se reporter au chapitre " Crâne et système nerveux ").

5.5.4 OREILLE MOYENNE.

- Perforation du tympan, post-traumatique, sans suppuration 3 à 5
- Otorrhée chronique :
- Tubaire unilatérale 3 à 5
- Tubaire bilatérale 5 à 8
- Suppurée chronique unilatérale 5 à 10
- Suppurée chronique bilatérale 5 à 15

Ces taux s'ajoutent au taux résultant de la perte auditive éventuellement associée.

Oreille la plus sourde

Voix haute								non perçue	
		5	4	2	1	0,25	contact		
Distance de perception en mètres									
Oreille normale ou la moins sourde	Voix chuchotée							non perçue	
			0,80	0,50		0,25	contact		
	Distance de perception en mètres				0,10				
	Perte auditive en décibels	0 à 25	25 à 35	35 à 45	45 à 55	55 à 65	65 à 80	80 à 90	
		0	3	5	8	12	15	20	
		25 à 35	3	8	12	15	20	25	
5		35 à 45	5	12	18	24	30	35	
4	0,80	45 à 55	8	15	24	35	40	45	
2	0,50	55 à 65	12	20	30	40	50	60	
0,25	0,25	65 à 80	15	25	35	45	60	70	
contact non perçue	contact non perçue	80 à 90	20	30	40	50	60	70	

5.5.5 OREILLE EXTERNE.

Les séquelles portant sur l'oreille externe peuvent affecter le pavillon ou le conduit auditif.

- Déformation, cicatrice ou amputation du pavillon, suivant l'importance de la mutilation 2 à 10

Dans certains cas particuliers, notamment en ce qui concerne les sujets en relation avec le public, la mutilation pourra être appréciée à un taux supérieur, compte tenu de la profession.

- Sténose du conduit auditif externe favorisant la rétention dans le fond du conduit, ou entraînant son obstruction fréquente, sans surdité.
- Unilatérale 2 à 3
- Bilatérale 3 à 6
- Sténose très serrée entraînant une surdité : il y a lieu de calculer la perte auditive, compte tenu des possibilités d'audioprothèse.

Article Annexe I à l'art. R434-32 (7)

6 OPHTALMOLOGIE

6.1 - ALTÉRATION DE LA FONCTION VISUELLE Il y a lieu de tenir compte :

- Des troubles de la vision centrale de loin ou de près (vision de précision) ;
- Des troubles de la vision périphérique (vision de sécurité) ;
- Des troubles de la vision binoculaire ;
- Des troubles du sens chromatique et du sens lumineux ;
- Et des nécessités de la profession exercée.

6.1.1 - CÉCITÉ

Cécité complète.

Sont atteints de cécité complète, ceux dont la vision est abolie (V égal 0), au sens absolu du terme, avec abolition de la perception de la lumière.

Quasi-cécité.

Sont considérés comme atteints de quasi-cécité, ceux dont la vision centrale est égale ou inférieure à 1/20 d'un œil, celle de l'autre étant inférieure à 1/20 avec déficience des champs visuels périphériques lorsque le champ visuel n'excède pas 20° dans le secteur le plus étendu.

Cécité professionnelle.

Les exigences visuelles requises par les professions sont tellement variables (l'horloger ne peut être comparé au docker), qu'il faudrait en tenir le plus grand compte dans l'évaluation du dommage, selon les activités qui demeurent possibles.

Est considéré comme atteint de cécité professionnelle celui dont l'œil le meilleur a une acuité égale au plus à 1/20 avec un rétrécissement du champ visuel inférieur à 20° dans son secteur le plus étendu.

- Cécité complète (avec attribution de la tierce personne) 100
- Quasi-cécité 100 - Cécité professionnelle 100

6.1.2 - SCOTOME CENTRAL BILATÉRAL

Avec conservation des champs visuels périphériques selon la profession 50 à 90.

6.1.3 - PERTE COMPLÈTE DE LA VISION D'UN OEIL (l'autre étant normal)

Est perdu, l'oeil dont la vision est complètement abolie. Est considéré comme perdu, celui dont la vision est inférieure à 1/20, avec déficience du champ visuel périphérique (perte de la vision professionnelle d'un œil). Il faut distinguer les cas de perte de la vision sans lésion apparente, des cas de mutilation (énucléation, etc.), ou de difformités apparentes (staphylomes étendus, etc.).

- Perte de la vision d'un œil, sans difformité apparente 30
- Ablation ou altération du globe avec possibilité de prothèse 33
- Sans prothèse possible 40 Taux auquel s'ajoute éventuellement un taux pour défiguration importante (voir "Téguments").

6.1.4 - SCOTOME CENTRAL UNILATÉRAL

- Sans perte du champ visuel périphérique 15 à 18
- Avec perte du champ visuel périphérique 30

6.1.5 - DIMINUTION DE LA VISION DES DEUX YEUX

Le degré de vision sera estimé, en tenant compte de la correction optique supportable en vision binoculaire par les verres. On utilisera l'échelle optométrique décimale dite de Monoyer, en vision éloignée, et, en vision rapprochée, l'échelle de Parinaud.

Dans les examens fonctionnels, le spécialiste devra toujours recourir aux procédés habituels de contrôle.

6.1.6 - VISION PÉRIPHÉRIQUE - CHAMP VISUEL

a) Lacune unilatérale du champ visuel.

- Déficit en îlot (localisation centrale ou périphérique, temporale ou nasale, supérieure ou inférieure) 5 à 15
- Rétrécissement sensiblement concentrique du champ visuel (taux à ajouter à celui de l'acuité visuelle centrale) :

A 30° :

- Un seul œil 3 à 5
- Les deux yeux 5 à 20

Moins de 10° :

- Un seul œil 10 à 15
- Les deux yeux 70 à 80

b) Scotomes centraux (voir supra).

Le taux se confond avec celui attribué pour la baisse de la vision

- Un œil (suivant le degré de vision) 15 à 20

- Les deux yeux (suivant le degré de vision) 50 à 90

c) Hémianopsie.

Hémianopsie avec conservation de la vision centrale :

- Homonyme droite ou gauche 30 à 35

- Hétéronyme binasale 15 à 20

- Hétéronyme bitemporale 40 à 80

- Horizontale supérieure 10 à 15

- Horizontale inférieure 30 à 50

Les quadranopsies peuvent être évaluées en assignant à chaque quadrant une valeur de :

[cliché non reproduit] - Scotomes paracentraux hémianopsiques :

quoique respectant la vision centrale qu'ils affleurent par leur limite, ils peuvent être très gênants lorsqu'ils ont la forme :

- D'un scotome paracentral bitemporal 10 à 15

- D'un scotome hémianopsique latéral droit qui entrave la lecture 10 à 30

Hémianopsie avec perte de la vision centrale : unie ou bilatérale (ajouter à ces taux celui indiqué par le tableau ci-après sans que le total puisse dépasser 100 %).

6.1.7 - VISION BINOCULAIRE

Le déséquilibre de la fonction qui permet aux deux yeux de fixer le même objet entraîne une diplopie persistante non améliorée par le traitement 5

TABLEAU GÉNÉRAL D'ÉVALUATION

Le tableau ci-après est applicable, qu'il s'agisse de la blessure d'un seul œil ou des deux yeux. Le taux sera évalué après correction ; il ne s'appliquera pas aux scotomes centraux avec conservation du champ visuel périphérique.

La vision d'un œil est indiquée par une colonne horizontale, la vision de l'autre, par une colonne verticale. Le point de rencontre donne le taux médical d'incapacité.

Degré de vision	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20 et moins de 1/20	Énucléation
9/10	0	0	0	1	2	4	8	15	19	30	33
8/10	0	0	1	2	4	5	12	17	21	30	33
7/10	0	1	3	4	6	7	14	19	22	32	35
6/10	1	2	4	6	8	9	18	21	24	35	40
5/10	2	4	6	8	10	11	20	23	26	40	45
4/10	4	5	7	9	11	13	22	25	30	45	50
3/10	8	12	14	18	20	22	25	35	45	55	60
2/10	15	17	19	21	23	25	35	50	60	75	80
1/10	19	21	22	24	26	30	45	60	80	90	95
1/20 et - de 1/20	30	30	32	35	40	45	55	75	90	100	100

Enucléation	33	33	35	40	45	50	60	80	95	100	100
-------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----

Tous ces taux pourraient être diminués, en raison de la conservation du champ visuel périphérique, cette diminution ne pouvant dépasser 20 %.

6.1.8 - TROUBLES DU SENS CHROMATIQUE ET DU SENS LUMINEUX Ces troubles, dont l'origine traumatique isolée est très rare, sont des symptômes de lésion de l'appareil nerveux sensoriel ; ils entrent en ligne de compte dans l'appréciation de l'incapacité due à ces lésions.

6.1.9 - CAS PARTICULIERS

6.1.9.1 - Tales de cornée

L'évaluation est faite d'après le tableau d'évaluation de l'acuité visuelle, mais elle sera minorée en fonction de la conservation du champ visuel périphérique (voir supra).

6.1.9.2 - Tale centrale

La vision diminue lorsque la pupille se rétrécit : (travail en pleine lumière, travail de près).

En cas de photophobie entraînant l'éblouissement de l'autre œil, il sera ajouté un taux de 5 %.

Paralyse de l'accommodation et du sphincter irien. - Ophtalmoplégie interne unilatérale 10

- Bilatérale 20

- Mydriase existant seule et déterminant des troubles fonctionnels :

- Unilatérale 5

- Bilatérale 10

6.1.10.1 - Unilatérales

Non opérées ou inopérables : le taux d'incapacité sera fixé d'après le degré de vision.

Opérées ou résorbées : si la vision, après correction, est égale ou inférieure à celle de l'œil non cataracté, ajouter, en raison de l'impossibilité de fusion des images et de la nécessité de porter un verre, 10 %, sans que le taux médical puisse dépasser 20 %.

Exemple :

V.O.D. sain : 10/10

V.O.G. opéré : 5/10 plus d

égal 10 plus 2 égal 12

Ou encore :

V.O.G. opéré : 1/10 égal 15 plus 19

10/10

égal 29 % à ramener à 20 % "

Si la vision de l'oeil non cataracté est plus mauvaise ou nulle, se reporter au tableau en donnant la meilleure correction optique à l'œil aphake, et en ajoutant 10 % pour l'obligation de porter des verres spéciaux et pour perte d'accommodation.

Exemple :

œil opéré : 10/10 plus 10 d

œil non opéré : 1/10

égal 10 plus 19 égal 20.

6.1.10.2 - Bilatérales (opérées ou résorbées)

L'aphakie bilatérale comporte une incapacité de base de 20 %, à laquelle on ajoutera le taux d'incapacité correspondant à la diminution de la vision centrale, sans que le taux puisse dépasser 100 %.

Exemple :

O.D. aphake - 7/10

O.G. aphake - 7/10

20 plus 3 égal 23 %

O.D. aphake - 3/10

O.G. aphake - 5/10

20 plus 20 égal 40 %

O.D. aphake - 1/10

O.G. aphake - 1/10

20 plus 80 égal 100 %

6.1.11 - CAS DIVERS

Les hypertonies oculaires, les luxations du cristallin, les hémorragies intraoculaires, les troubles du vitré, les altérations de la rétine, seront évalués selon le degré de vision.

L'imputabilité ne doit être retenue qu'une fois éliminée toute preuve de l'existence de l'affection avant l'accident évoqué (se reporter au préambule : "Infirmités antérieures").

Les éléments d'appréciation utiles seront :

- Pour le glaucome : aspect de l'angle irido-cornéen, sensibilité à la dexaméthasone, notion de glaucome familial.

- Pour le décollement de rétine : lésions myopiques ou dégénératives.

- Pour les déplacements du cristallin : fragilité zonulaire, ectopie de la lentille. - Pour les hémorragies intraoculaires : lésions vasculaires artérielles, veineuses, capillaires, altérations sanguines.

6.2 - ANNEXES DE L'OEIL

6.2.1 - ORBITE

- Nerfs moteurs : paralysie d'un ou plusieurs nerfs oculo-moteurs (voir "Diplopie"). En cas de paralysie consécutive à une affection système nerveux central, se reporter à l'affection causale.

- Nerfs sensitifs : névrites, névralgies très douloureuses, en particuliers douleurs glaucomateuses, lésions du nerf trijumeau (symptôme neuro-paralytique, y compris les troubles de la sécrétion lacrymale, ou sa perte) à ajouter au trouble visuel 10 à 20 - altérations vasculaires : (anévrisme, etc.) ; indemniser les troubles fonctionnels (voir barème spécial).

6.2.2 - PAUPIÈRES

- Déviation des bords palpéaux (entropion, trichiasis, ectropion, cicatrices vicieuses, symblépharon, ankyloblépharon), suivant étendue ; ajouter à la diminution de la vision et à la défiguration éventuelle 5 à 10

- Ptosis ou blépharospasme non volontaire : taux fondé sur le degré de vision et suivant que, en position primaire (regard horizontal de face), la pupille est plus ou moins découverte :

- Un œil 5 à 15

- Les deux yeux 20 à 40

- Lagophthalmie cicatricielle ou paralytique ; ajouter aux troubles visuels 10 % pour un œil.

- Voies lacrymales : larmolement par lésion des voies lacrymales (atrésie, sténose) 5 à 10

- Fistules (résultant par exemple de dacryocystite ou de lésions osseuses) ; pour chaque œil 10 à 15

6.2.3 - SQUELETTE ORBITAIRE

- Déformation importante (plus éventuellement les séquelles ophtalmologiques) 5 à 15

Article Annexe I à l'art. R434-35 (8)

7 - STOMATOLOGIE

LESIONS MAXILLO-FACIALES

7.1 FACE.

En dehors de la fonction elle-même, le médecin expert pourra avoir à tenir compte des déformations entraînées par les cicatrices. Dans ce cas, il se reportera au chapitre " Téguments ".

Le taux résultant des lésions sera estimé en fonction des pertes de dents (évaluées à part), de l'état de l'articulé dentaire et de la possibilité d'une prothèse susceptible de rétablir un coefficient de mastication suffisant.

Le coefficient de mastication se calcule en attribuant aux dents un coefficient particulier : 1 pour une incisive, 2 pour une canine, 3 pour une prémolaire, 5 pour une molaire, et en faisant le total des dents existantes ayant une homologue sur la mâchoire opposée.

7.2 MAXILLAIRE (MAXILLAIRE SUPERIEUR).

7.2.1. Mobilité d'une partie importante du maxillaire supérieur avec mastication difficile, le déficit dentaire étant estimé en sus 30 à 40

7.2.2. Mobilité d'un petit fragment du maxillaire supérieur (ablation en général) 10 à 30

7.2.3. Enfoncement et bascule postérieure (faux prognathisme). Troubles sérieux de l'articulé dentaire, pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de prothèse et défiguration 15 à 40

7.2.4. Trouble léger de l'articulé dentaire par consolidation vicieuse d'une fracture du maxillaire supérieur 5 à 15

7.2.5. Enfoncement du malaire :

apprécié en raison de la défiguration et des phénomènes nerveux 5 à 15

En cas de troubles oculaires, ceux-ci devront être évalués par un ophtalmologiste.

7.2.6. Perte de substance de la voûte palatine, respectant l'arcade dentaire et permettant une prothèse 5 à 10

7.2.7. Perte de substance du voile du palais (non opéré), entraînant des troubles de la parole et de la déglutition 15 à 30

7.2.8. Perte de substance partielle du maxillaire ne permettant pas une prothèse fonctionnellement satisfaisante 5 à 20

Les pertes de substance permettant une prothèse fonctionnellement satisfaisante seront évaluées par référence aux pertes de dents.

7.3 MANDIBULE (MAXILLAIRE INFERIEUR).

- Consolidation vicieuse avec troubles de l'articulé dentaire, non compris une défiguration éventuelle permettant une prothèse 5 à 15

- Consolidation vicieuse avec troubles graves pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de prothèse 15 à 40

- Perte de substance et pseudarthrose avec gêne de la mastication ou impossibilité de prothèse, selon son siège et son degré de mobilité 5 à 40

- Perte de substance partielle de la mandibule, sans interruption la continuité osseuse, et ne permettant pas une prothèse fonctionnellement satisfaisante 5 à 20

- Les pertes partielles permettant une prothèse fonctionnellement satisfaisante seront évaluées par référence aux pertes de dents.

7.4 CONSTRICTION DES MACHOIRES.

L'ouverture de la bouche est considérée comme gênante en-dessous de 3 cm entre les arcades. Pour apprécier le degré d'incapacité, on mesurera soigneusement la distance séparant les incisives, quelle que soit la cause de la constriction.

- Écartement inférieur à 10 mm 20 à 50

- Écartement inférieur à 20 mm, mais supérieur à 10 cm 10 à 20

- Écartement supérieur à 20 mm 5 à 10.

7.5 LUXATION TEMPORO-MAXILLAIRE.

- Irréductible avec ouverture permanente de la bouche 10 à 50

- Récidivante 5 à 10

- Syndrome de Costen (craquements, douleurs contro-latérales, difficulté d'ouverture, latéro-déviations possibles) 2 à 15.

7.6 LANGUE.

- Amputation partielle entraînant gêne à la mastication et à la déglutition 10 à 20

- Amputation étendue avec troubles plus accusés 20 à 75

- Amputation totale 80

- Paralysie de la langue :

- Incomplète 5 à 15

- Complète 50

7.7 FISTULE SALIVAIRE.

- A la peau 20

7.8 NEVRALGIES.

Névralgies du sous-orbitaire, du mentonnier, etc. ; se reporter aux " Nerfs crâniens ".

7.9 DENTS.

Perte de dents : les taux proposés ci-dessous sont ceux correspondant à la perte de dents, sans possibilité de prothèse.

- Perte d'une dent, quelle qu'elle soit 1,50

- Perte de toutes les dents, sans possibilité d'appareillage 4

En cas de possibilité d'appareillage, les taux seront diminués, compte tenu de la qualité du mode de restauration :

Prothèse fixe, réduction de 75 % ;

Prothèse mobile, réduction de 50 %.

- Perte de toutes les dents, correctement appareillées :

par une prothèse fixe 10,5

par une prothèse mobile 21

Perte de substance osseuse accompagnant la perte d'une ou plusieurs dents : le taux retenu sera augmenté de 10 à 20 %, selon l'importance de la perte de substance.

- Perte de vitalité d'une ou plusieurs dents : par dent 0,50.

7.10 PHARYNX.

- Gêne à la déglutition par rétrécissement 5 à 35.

7.11 CICATRICES DU VISAGE, DES LÈVRES ET DE LA MUQUEUSE BUCCALE.

Voir chapitre 15 : " Téguments ".

Article Annexe I à l'art. R434-32 (8)

7 - STOMATOLOGIE

LESIONS MAXILLO-FACIALES

7.1 FACE.

En dehors de la fonction elle-même, le médecin expert pourra avoir à tenir compte des déformations entraînées par les cicatrices. Dans ce cas, il se reportera au chapitre " Téguments ".

Le taux résultant des lésions sera estimé en fonction des pertes de dents (évaluées à part), de l'état de l'articulé dentaire et de la possibilité d'une prothèse susceptible de rétablir un coefficient de mastication suffisant.

Le coefficient de mastication se calcule en attribuant aux dents un coefficient particulier : 1 pour une incisive, 2 pour une canine, 3 pour une prémolaire, 5 pour une molaire, et en faisant le total des dents existantes ayant une homologue sur la mâchoire opposée.

7.2 MAXILLAIRE (MAXILLAIRE SUPERIEUR).

7.2.1. Mobilité d'une partie importante du maxillaire supérieur avec mastication difficile, le déficit dentaire étant estimé en sus 30 à 40

7.2.2. Mobilité d'un petit fragment du maxillaire supérieur (ablation en général) 10 à 30

7.2.3. Enfouissement et bascule postérieure (faux prognathisme). Troubles sérieux de l'articulé dentaire, pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de prothèse et défiguration 15 à 40

7.2.4. Trouble léger de l'articulé dentaire par consolidation vicieuse d'une fracture du maxillaire supérieur 5 à 15

7.2.5. Enfouissement du malaire :

apprécié en raison de la défiguration et des phénomènes nerveux 5 à 15

En cas de troubles oculaires, ceux-ci devront être évalués par un ophtalmologiste.

7.2.6. Perte de substance de la voûte palatine, respectant l'arcade dentaire et permettant une prothèse 5 à 10

7.2.7. Perte de substance du voile du palais (non opéré), entraînant des troubles de la parole et de la déglutition 15 à 30

7.2.8. Perte de substance partielle du maxillaire ne permettant pas une prothèse fonctionnellement satisfaisante 5 à 20

Les pertes de substance permettant une prothèse fonctionnellement satisfaisante seront évaluées par référence aux pertes de dents.

7.3 MANDIBULE (MAXILLAIRE INFÉRIEUR).

- Consolidation vicieuse avec troubles de l'articulé dentaire, non compris une défiguration éventuelle permettant une prothèse 5 à 15

- Consolidation vicieuse avec troubles graves pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de prothèse 15 à 40

- Perte de substance et pseudarthrose avec gêne de la mastication ou impossibilité de prothèse, selon son siège et son degré de mobilité 5 à 40

- Perte de substance partielle de la mandibule, sans interruption la continuité osseuse, et ne permettant pas une prothèse fonctionnellement satisfaisante 5 à 20

- Les pertes partielles permettant une prothèse fonctionnellement satisfaisante seront évaluées par référence aux pertes de dents.

7.4 CONSTRICTION DES MACHOIRES.

L'ouverture de la bouche est considérée comme gênante en-dessous de 3 cm entre les arcades. Pour apprécier le degré d'incapacité, on mesurera soigneusement la distance séparant les incisives, quelle que soit la cause de la constriction.

- Écartement inférieur à 10 mm 20 à 50

- Écartement inférieur à 20 mm, mais supérieur à 10 cm 10 à 20

- Écartement supérieur à 20 mm 5 à 10.

7.5 LUXATION TEMPORO-MAXILLAIRE.

- Irréductible avec ouverture permanente de la bouche 10 à 50

- Récidivante 5 à 10

- Syndrome de Costen (craquements, douleurs contro-latérales, difficulté d'ouverture, latéro-déviations possibles) 2 à 15.

7.6 LANGUE.

- Amputation partielle entraînant gêne à la mastication et à la déglutition 10 à 20

- Amputation étendue avec troubles plus accusés 20 à 75

- Amputation totale 80

- Paralysie de la langue :

- Incomplète 5 à 15

- Complète 50

7.7 FISTULE SALIVAIRE.

- A la peau 20

7.8 NEVRALGIES.

Névralgies du sous-orbitaire, du mentonnier, etc. ; se reporter aux " Nerfs crâniens ".

7.9 DENTS.

Perte de dents : les taux proposés ci-dessous sont ceux correspondant à la perte de dents, sans possibilité de prothèse.

- Perte d'une dent, quelle qu'elle soit 1,50

- Perte de toutes les dents, sans possibilité d'appareillage 4

En cas de possibilité d'appareillage, les taux seront diminués, compte tenu de la qualité du mode de restauration :

Prothèse fixe, réduction de 75 % ;

Prothèse mobile, réduction de 50 %.

- Perte de toutes les dents, correctement appareillées :

par une prothèse fixe 10,5

par une prothèse mobile 21

Perte de substance osseuse accompagnant la perte d'une ou plusieurs dents : le taux retenu sera augmenté de 10 à 20 %, selon l'importance de la perte de substance.

- Perte de vitalité d'une ou plusieurs dents : par dent 0,50.

7.10 PHARYNX.

- Gêne à la déglutition par rétrécissement 5 à 35.

7.11 CICATRICES DU VISAGE, DES LÈVRES ET DE LA MUQUEUSE BUCCALE.

Voir chapitre 15 : " Téguments ".

Article Annexe I à l'art. R434-32 (9)

8 - APPAREIL DIGESTIF

8.1 BOUCHE ET PHARYNX.

Se reporter à " Stomatologie ; lésions maxillo-faciales ".

8.2 OESOPHAGE.

L'oesophage n'est qu'exceptionnellement intéressé par un traumatisme extérieur.

On rencontre des cas de sténose cicatricielle consécutive à l'ingestion d'un liquide caustique. Ces sténoses devront être vérifiées par radiographie et au besoin par oesophagoscopie.

L'évaluation tiendra compte du degré de la sténose ayant éventuellement imposé une gastrostomie et son retentissement sur l'état général.

Plusieurs examens successifs et assez espacés pourront être utiles pour apprécier les effets du traitement par dilatation et l'accommodation souvent considérable à la gastrostomie.

L'estimation de l'incapacité se fera d'après la dysphagie, les douleurs, les vomissements pouvant exister. Il importe également de prendre en considération le retentissement sur l'état psychique.

- Trouble léger avec dysphagie intermittente sans sténose avec dyskinésie 10
- Séquelles avec sténose organique partielle nécessitant des traitements prolongés 30 à 50
- Sténose totale s'opposant à l'alimentation orale 80

8.3 ESTOMAC-DUODENUM.

Ce seront souvent les séquelles de lésions traumatiques, de stress ou iatrogène ; elles sont souvent des séquelles chirurgicales.

- Troubles légers 10
- Troubles moyens 20 à 30
- Troubles graves 50 à 70

8.4 INTESTIN GRÊLE (JEJUNUM, ILEON).

Très souvent, il s'agit d'une atteinte directe, avec contusion ou rupture, désinsertion mésentérique ; cela peut être la révélation ou l'aggravation d'un état antérieur : angiopathie, angiomatose, maladie de Crohn, jéjuno iléite, assez souvent ce sont des séquelles post-opératoires.

- Troubles légers 10
- Troubles moyens, avec nécessité d'une diététique particulière 20 à 30
- Troubles graves : troubles de l'absorption avec diarrhée, nécessité de bilan d'hépatologie, d'études des selles et du transit répétés 50 à 70
- Fistule du grêle (duodénum, jéjunum, iléon). Le retentissement général et digestif est à apprécier selon le barème ci-dessus.
- Assujettissement propre de la fistule 25

8.5 COLON.

Résultant d'une atteinte directe ou d'une aggravation d'un état antérieur (diverticulose, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, etc.).

Les séquelles sont caractérisées par des troubles du transit, du météorisme et une alternance de constipation et de diarrhée, un écoulement (glaires), des éléments hémorragiques, des poussées douloureuses. Il existe un problème de diététique, un retentissement sur l'état général et sur la capacité de travail. Un bilan biologique et un transit sont indispensables fréquemment.

- Troubles légers 10
- Troubles moyens 20 à 30
- Troubles graves 50 à 70
- Fistule stercorale intermittente 25
- Anus contre-nature 60
- En cas d'addition à d'autres troubles 10 à 30

8.6 RECTUM ET ANUS.

Les lésions sont en général occasionnées par un empalement ou un éclatement par air comprimé.

On tiendra compte de la rectite, de la colostomie éventuelle (voir plus haut), de la sténose rectale, de l'incontinence anale, y compris les séquelles de l'opération de Babcock, prolapsus, retentissement génital (surtout chez l'homme).

- Troubles légers 10
- Troubles moyens 30 à 50
- Troubles graves 50 à 70

Fistules anales :

- Fistule intrasphinctérienne sous-cutanée 5
- Fistule trans ou extrasphinctérienne à trajet simple avec incident évolutif mineur et rare 10 à 15
- Fistule complexe avec nombreux accidents évolutifs 20 à 30

8.7 PAROI ABDOMINALE.

- Cicatrices vicieuses ou cheloïdes (imposant une protection au cours du travail) 5 à 10
- Rupture isolée du grand droit 10

8.8 HERNIES.

- Hernie peu volumineuse, non douloureuse, non scrotale, facilement réductible 5
- Hernie scrotale plus ou moins réductible 8
- Hernie volumineuse, douloureuse, difficilement réductible, ou irréductible 20

- Hernie bilatérale, selon caractère, taux maximum 25

Eventration :

- Petite 5

- Moyenne 15

- Grande 30 à 40

Hernies diaphragmatiques :

L'estimation se fera d'après les troubles digestifs, respiratoires et généraux présentés par la victime :

- Troubles modérés 10 à 20

- Troubles importants 20 à 40

8.9 FONCTION HEPATO-BILIAIRE.

Les traumatismes du foie ne lèsent pas habituellement les fonctions hépatiques.

Une éventuelle hépatite virale imputable au traitement nécessité par l'accident ne peut justifier l'attribution d'une I.P.P. que dans la mesure où les examens biologiques objectivent des séquelles intéressant les fonctions hépatiques.

8.10 FONCTION PANCREATIQUE EXOCRINE (pour la fonction pancréatique endocrine, voir le chapitre " Glandes endocrines ").

Des lésions pancréatiques peuvent être provoquées par des traumatismes abdominaux, contusion, hématome, déchirure, rupture, d'où peuvent résulter des troubles digestifs et des fistules. Il est d'autre part admis qu'une pancréatite aiguë puisse apparaître dans les heures ou les jours suivants le choc initial.

A distance, la formation d'un pseudo-kyste ou la constitution d'une pancréatite chronique peuvent être rattachés à un traumatisme antérieur.

Pour la réparation, on tiendra compte de répercussions, de l'atteinte pancréatique sur l'état général, des problèmes nutritionnels qu'elle pose, des douleurs qui en résultent et des séquelles chirurgicales éventuelles (fistule pancréatique, suppuration chronique, etc.).

La coexistence de troubles de la régulation glycémique entraîne par ailleurs une diminution de la capacité de la victime et doit être évaluée à part, les deux taux s'additionnant.

Article Annexe I à l'art. R434-32 (10)

9 - APPAREIL RESPIRATOIRE 9.1 PAROI THORACIQUE.

L'estimation des séquelles se fondera sur les éléments douloureux, la gêne respiratoire, la gêne au travail et sur l'insuffisance respiratoire qui pourrait être rattachée au traumatisme.

En général, la fracture d'une ou plusieurs côtes, ou la fracture du sternum, n'entraîne pas d'incapacité partielle ; hormis les éléments douloureux éventuels, on doit rejeter comme dénuée de valeur la formule ancienne : 2 % que multiplie n côtes fracturées.

- Fracture de côtes, selon l'intensité de la douleur 2 à 5
- Fracture de côtes à type de volet thoracique avec déformation 5 à 10
- Fracture du sternum :

Avec gêne et douleur à l'effort 2 à 5

Avec enfoncement et douleurs à l'effort 5 à 15.

9.2 ATTEINTES DE LA FONCTION RESPIRATOIRE.

Ainsi que cela a été indiqué dans l'appréciation du préjudice, il y a lieu de tenir compte des éléments résiduels du traumatisme thoracique : douleurs, gêne respiratoire, dyspnée, éventuellement cyanose, et des signes d'auscultation.

Il pourra se révéler indispensable de faire pratiquer des examens complémentaires :

- examen radiologique ;
- électro-cardiogramme qui peut être utile pour dépister un début d'insuffisance cardiaque droite sans traduction clinique ;
- spirométrique (capacité vitale, volume résiduel, épreuve de Tiffeneau). Dans certains cas, pourront être envisagées des épreuves au cours de l'effort, ainsi que l'étude des gaz du sang.

Il y a lieu de rappeler que, quelles que soient les valeurs théoriques choisies, elles ne représentent qu'une moyenne, et la différence avec les valeurs théoriques n'est significative que si elle est importante. En général, le caractère pathologique ne peut être affirmé que s'il y a un écart d'au moins 20 %.

Il y a lieu de rappeler que l'enregistrement spirométrique fait appel à la coopération du sujet et que le comportement de ce dernier au cours de l'examen est important à observer.

L'atteinte de la fonction respiratoire a des conséquences très variables suivant la profession exercée par la victime. Il convient donc, dans le rapport, de faire apparaître de façon évidente les conséquences que l'incapacité peut entraîner sur le plan professionnel.

Insuffisance respiratoire légère :

- Dyspnée d'effort, quelques anomalies radiologiques à l'exploration fonctionnelle respiratoire, déficit léger (capacité vitale entre 60 et 70 % de la valeur théorique, indice de Tiffeneau entre 60 et 70 %) 10 à 30

Insuffisance respiratoire moyenne :

- Dyspnée disproportionnée à l'effort, anomalies radiologiques (principalement diminution notable de la cinématique thoracodiaphragmatique). A l'exploration fonctionnelle respiratoire, déficit notable (capacité vitale en-dessous de 60 % de la valeur théorique, indice de Tiffeneau en-dessous de 60 %) 30 à 50

Insuffisance respiratoire importante :

- Dyspnée marquée au repos, cyanose plus ou moins prononcée, tachycardie, toux productive, diminution importante du jeu thoracodiaphragmatique, augmentation de l'aire cardiaque avec débord des cavités droites, à l'électrocardiogramme coeur pulmonaire chronique, altération plus ou moins importante de l'état général, à l'exploration fonctionnelle respiratoire, déficit important 50 à 100

9.3 CAS PARTICULIERS.

- Tuberculose pulmonaire stabilisée, lorsqu'elle a été imputée à un traumatisme ou reconnue aggravée par celui-ci. Le taux d'I.P.P. devra être fixé en fonction des séquelles définitives (voir 9.2).

- Pneumothorax par rupture de bulles : l'estimation des séquelles des 2 affections précédentes sera faite en fonction des critères généraux, en tenant compte en particulier de l'importance de l'insuffisance respiratoire (on recourra avec prudence aux épreuves fonctionnelles en cas de pneumothorax récidivant).

- Fistule d'un pyothorax selon la taille de la cavité pleurale résiduelle et l'importance de la suppuration 10 à 20

- Rétrécissement de la trachée 10 à 20

A ces taux s'ajoutera éventuellement le taux estimé pour les troubles de la fonction respiratoire de lésions pleuro-pulmonaires associées.

- Trachéotomie :

Sans port de canule 50

Avec port de canule 80

Article Annexe I à l'art. R434-32 (11)

10 - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE.

Les atteintes de l'appareil cardio-vasculaire ont des conséquences très diverses selon l'activité exercée par la victime ; dans son rapport, le médecin devra donc bien mettre en évidence les conséquences professionnelles entraînées par l'incapacité physique de l'intéressé. Il faudra prévoir des révisions régulières de l'état de la victime, compte tenu :

1° De l'évolution spontanée quasi constante des atteintes cardio-vasculaires vers l'aggravation ;

2° Des améliorations thérapeutiques, notamment chirurgicales.

Dans le cas où un traitement médicamenteux au long cours, notamment anti-coagulant, est mis en oeuvre, les incidences de celui-ci seront à prendre en considération.

10.1 COEUR.

Les éléments d'appréciation de l'atteinte cardiaque seront :

-Cliniques : troubles du rythme, bruits anormaux, modification de la pression artérielle, dyspnée, manifestations périphériques (cyanose, stase pulmonaire, oedèmes, etc.).

-Para-cliniques : modifications de l'image radiologique, tracés anormaux de l'E.C.G., examens biologiques perturbés, comptes rendus opératoires, etc.

Les causes de l'atteinte cardiaque peuvent être très diverses. Il convient, pour estimer l'incapacité, de se référer aux déficiences fonctionnelles de l'organe. Il faut rappeler entre autre que, bien souvent, seront à évaluer, non pas les séquelles de la lésion d'un organe sain, mais celles de l'aggravation par le traumatisme d'une affection préexistante.

10.1.1 INSUFFISANCE CARDIAQUE.

- Légère

Troubles aux efforts prolongés. Nécessité d'une thérapeutique et d'une surveillance discontinues. Pas de symptômes de décompensation, peu de retentissement sur la vie professionnelle 10 à 30

- Moyenne

Absence de symptômes au repos. Troubles survenant à l'effort et aggravés par lui. Petits signes d'insuffisance cardiaque cédant bien au traitement, nécessité d'une surveillance suivie. Modification de l'image radiologique. Quelques perturbations dans la vie professionnelle 30 à 60

- Grave

Symptomatologie susceptible de se manifester au repos. Accidents d'asystolie. Nécessité d'un traitement et d'un régime suivis. Chute de la pression artérielle. Silhouette cardiaque élargie. Image pleuro-pulmonaire de " poumon cardiaque ". Vie professionnelle très perturbée ou impossible 60 à 100

10.1.2 PERICARDE.

Suites de péricardite ou de blessure du péricarde (à évaluer selon l'atteinte de la fonction cardiaque - voir ci-dessus).

10.1.3 MYOCARDE.

La jurisprudence tend de plus en plus à admettre la relation avec le travail effectué, d'une lésion myocardique, ischémique ou autre, survenant sur le lieu ou au temps du travail.

Au cas où l'imputabilité a été retenue :

1° Séquelles d'infarctus ou troubles du rythme, liés à une lésion myocardique, ne se traduisant que par quelques modifications de tracés E.C.G., des douleurs angineuses éventuelles, et observation par prudence de certaines règles hygiénodététiques 20 à 30

A ce taux s'ajoutera éventuellement le taux estimé pour l'insuffisance cardiaque selon son degré.

2° Troubles du rythme ayant entraîné la pose d'un stimulateur 10 à 20

A ce taux s'ajoutera éventuellement le taux estimé par les troubles fonctionnels insuffisamment contrôlés.

Dans ce cas, la nécessité d'un changement de profession doit être particulièrement mise en relief.

10.1.4 ENDOCARDE.

Les séquelles de lésions valvulaires d'origine traumatique ou post-traumatique (notamment infectieuses), justiciables ou non d'un traitement chirurgical, seront à évaluer selon les troubles fonctionnels et le degré d'insuffisance cardiaque.

10.2 ATTEINTES VASCULAIRES

10.2.1 ARTÈRES

10.2.1.1 Aorte.

- Anévrisme aortique (si l'imputabilité a été admise) 80 à 100
- Anévrisme aortique opéré bien contrôlé 30 à 40
- Anévrisme aortique opéré, mal contrôlé ; les séquelles seront appréciées selon l'importance des troubles, en tenant compte des séquelles pariétales.

10.2.1.2 Autres artères.

a. Anévrisme des artères périphériques succédant à des traumatismes ouverts ou fermés. L'évaluation de l'incapacité se fera d'après les troubles constatés (voir ci-dessous " Oblitération artérielle ").

b. Anévrisme artério-veineux, selon le siège, l'importance des vaisseaux concernés, et les manifestations périphériques 10 à 20

En cas de retentissement cardiaque, à ce taux sera ajouté le taux correspondant au degré d'insuffisance cardiaque.

c. Oblitération artérielle (si l'imputabilité est admise), y compris celle résultant d'une ligature secondaire à une blessure. Le taux d'incapacité sera estimé selon les signes cliniques, oscillométriques et angiographiques.

L'oblitération artérielle se traduit par des signes fonctionnels à l'effort ou au repos (douleurs, crampes), des troubles trophiques et même des ulcérations.

On distinguera (aussi bien au membre inférieur qu'au membre supérieur) :

- Une forme légère 20 à 30
- Une forme moyenne 30 à 50
- Une forme grave 50 à 70

En cas de sphacèle, l'amputation sera évaluée selon les indications fournies au chapitre portant sur " les membres supérieurs et les membres inférieurs " .

Oblitération artérielle traitée chirurgicalement : le taux sera évalué selon le résultat de l'intervention.

10.2.2 VEINES ET LYMPHATIQUES.

Les varices par elles-mêmes ne donnent pas lieu à une évaluation d'invalidité.

- Troubles phlébitiques et troubles trophiques veineux et lymphatiques : troubles des tissus cutanés et sous-cutanés, oedème, hypodermite nodulaire, induration cellulitique, lymphoedème, éléphantiasis, ulcère variqueux persistant, etc. :

- Forme légère 5 à 10
- Forme moyenne 10 à 20
- Forme grave 20 à 30

10.3 HYPERTENSION ARTERIELLE.

Il faudra rechercher tous les indices possibles d'une hypertension préalable à l'accident.

L'indemnisation portera sur l'état hypertensif et d'autre part, sur ses retentissements viscéraux.

- Elévation de la tension artérielle en soi 10 à 20
- Retentissements viscéraux (indemnisés pour leur propre compte). Voir chapitres particuliers du barème ;
- Hypertension secondaire à une lésion rénale traumatique (voir " Urologie ").

Article Annexe I à l'art. R434-32 (12)

11 - APPAREIL URINAIRE.

Les atteintes de l'appareil urinaire peuvent porter :

- Sur les fonctions du parenchyme rénal ;
- Sur la fonction excrétoire (voies urinaires) ;
- Ou sur les deux.

Elles peuvent résulter :

- D'une maladie professionnelle ;
- D'un traumatisme direct sur le rein ou les voies urinaires ;
- Ou des conséquences rénales d'un traumatisme à distance (insuffisance rénale des polytraumatisés, anurie transfusionnelle, lithiase d'immobilisation, etc.).

L'atteinte de la fonction excrétoire peut retentir sur le rein. On aura donc intérêt à prévoir des révisions ultérieures du taux fixé en première estimation.

Avant de fixer le taux d'I.P.P., il est indispensable de pratiquer les investigations cliniques, biologiques et radiologiques jugées nécessaires. Il faudra de même rechercher tous les indices possibles d'une atteinte rénale ou urinaire ou d'une hypertension préalables.

L'aggravation par un traumatisme d'une affection rénale préexistante sera appréciée compte tenu des séquelles fonctionnelles ou de la nécessité d'une intervention chirurgicale consécutive.

11.1 REIN.

L'atteinte aiguë des reins, qu'elle qu'en soit la cause, peut guérir sans aucune séquelle.

11.1.1 NEPHRECTOMIE

La néphrectomie n'entraîne souvent aucune conséquence pratique au point de vue de la fonction rénale.

L'incapacité sera évaluée en fonction :

- Des douleurs résiduelles ;
- De la qualité de la cicatrice opératoire (existence éventuelle d'éventration, troubles de la sensibilité, etc.) ;
- Et de la qualité de la compensation par le rein restant.
- Séquelles de néphrectomie sans insuffisance rénale significative 15 à 20
- Séquelles de néphrectomie sans insuffisance rénale significative, mais avec une grande éventration lombaire 30 à 40

11.1.2 HEMATURIE

- Hématurie isolée ou protéinurie isolée 5 à 10

11.1.3 INSUFFISANCE RENALE

- Insuffisance rénale légère : clairances supérieures aux trois quarts de la normale ; vie professionnelle normale 10 à 20
- Insuffisance rénale moyenne : clairances entre un quart et trois quarts ; peu de retentissement sur la vie professionnelle 20 à 40
- Insuffisance rénale importante : clairances au-dessous du quart de la normale, anémie, goutte éventuelle, modification humorale, nécessité en particulier de mesures diététiques ou autres plus ou moins astreignantes, retentissement professionnel ne permettant pas un travail régulier ou à temps complet 40 à 60
- Insuffisance rénale avancée, nécessitant un traitement de suppléance (hémodialyse), l'appréciation tiendra compte de l'anémie, des autres manifestations et des difficultés éventuelles d'application de la méthode et des incidences sur l'activité professionnelle 50 à 100

11.1.4 TRANSPLANTATION RENALE

Séquelles de transplantation rénale, selon les conséquences du traitement immuno-dépresseur, et de la valeur du rein 30 à 100

11.1.5 TRAUMATISME RENAL

- Séquelles anatomiques de traumatisme rénal 15 à 30

11.1.6 HYPERTENSION SECONDAIRE A UNE LESION RENALE TRAUMATIQUE

(Voir appareil cardio-vasculaire).

11.2 BASSINET-URETÈRE

11.2.1 HYDRONEPHROSE

L'origine traumatique de l'hydronéphrose n'est généralement pas reconnue ; cependant, certaines lésions traumatiques des uretères et les hématomes péri-rénaux peuvent entraîner des hydronéphroses.

- Hydronéphrose bien tolérée 10 à 20

- Hydronéphrose compliquée (crises douloureuses, infection) 20 à 40

En cas de bilatéralité, ces taux ne s'additionnent pas et l'expert appréciera en fonction en particulier de l'insuffisance rénale.

11.2.2 LITHIASE

On ajoutera éventuellement le taux de l'insuffisance rénale ou de l'infection urinaire associée.

11.2.3 SEQUELLES DE LESIONS URETERALES

- Séquelles de rupture d'uretère bien tolérée 10 à 20

- Mal tolérée ou avec fistule ou péri-néphrite 40 à 50

- Urétérostomie cutanée, permanente ou chirurgicale :

Unilatérale 60

Bilatérale ou sur rein unique 80

11.3 VESSIE ET URÈTRE

11.3.1 TUMEUR

- Tumeur vésicale selon le type histologique, l'étendue des lésion et les thérapeutiques nécessitées 30 à 80

- Tumeur vésicale maligne avec infiltration de la muqueuse 100

11.3.2 INFECTION

- Infection chronique ou à répétition du bas appareil 10 à 30

11.3.3 RETENTION

- Rétention d'urine chronique :

Sondage pluri-hebdomadaire ou sonde à demeure 50

Cystostome ligne 60

11.3.4 FISTULE

- Incontinence permanente des urines, nécessitant le port d'un appareil collecteur 60

(Sera ajouté, éventuellement, le taux estimé pour d'autres manifestations en cas de blessures médullaires, et, éventuellement, les taux correspondant à un retentissement rénal).

11.3.5 POLLAKIURIE

- Pollakiurie simple, avec réduction de la capacité vésicale objectivée par des examens complémentaires 10 à 25

11.3.6 ENTEROCYSTOPLASTIE

- Entérocystoplastie d'agrandissement (y compris les complications infectieuses) 30 à 50

- Entérocystoplastie (type Bricker) 60

L'appréciation des séquelles de lésions de l'urètre ne peut être jugée uniquement sur des données subjectives, mais doit être fondée, dans la mesure du possible, sur des examens complémentaires, par exemple : urétrographie rétrograde et mictionnelle et débitmétrie (normale : 20 millilitres/seconde).

11.3.7 DYSURIE

- Dysurie ; débit mictionnel supérieur à 10 ml/seconde 10

11.3.8 RETRECISSEMENT

- Rétrécissement, sans retentissement sur le bas ou le haut appareil, sans infection, ne nécessitant que quelques dilatations annuelles 20

- Rétrécissement avec retentissement sur le bas ou haut appareil 30 à 50

Ce taux sera éventuellement majoré en raison des complications éventuelles : insuffisance rénale, lithiase, abcès du périnée, fistules, impuissance, etc.

- Séquelles de rétrécissement urétral ayant nécessité une chirurgie réparatrice 15 à 30

11.4 EVENTRATION.

- Événtration hypogastrique après intervention sur le système urinaire :

Petite 5

Moyenne 15

Grande 30 à 40

Article Annexe I à l'art. R434-32 (13)

12 - APPAREIL GENITAL

12.1 APPAREIL GENITAL MASCULIN.

- Perte de la verge, compte tenu du méat périnéal et des troubles psychiques en résultant 50 à 60
- Perte d'un testicule (atrophie, destruction ou orchidectomie) 10 à 20
- Castration bilatérale, selon les résultats du traitement substitutif ou du traitement hormonal 30 à 50
- Émasculatation totale (perte des testicules et du pénis) 60 à 80

12.2 APPAREIL GENITAL FEMININ.

- Prolapsus utérin (dans les cas exceptionnels où l'origine traumatique sera reconnue).
- Cas légers 2 à 10
- Cas graves (avec incontinence d'urine à l'effort) 30
- Cicatrices vulvaires ou vaginales gênantes (taux pouvant être majoré en cas de retentissement fonctionnel important) 5 à 10
- Perte anatomique ou fonctionnelle des deux ovaires, chez une femme en période d'activité génitale 50 à 20
- Hystérectomie 50 à 20
- Sein :

Amputation unilatérale 50 à 20

Amputation bilatérale 60 à 30

Déformation à apprécier par l'expert, ne pouvant en aucun cas dépasser le taux d'amputation.

Article Annexe I à l'art. R434-32 (14)

13

13.1 SEQUELLES DE SPLENECTOMIES.

- Cicatrice de bonne qualité, pas de modification de la formule sanguine 10
- Modification de la formule sanguine 15 à 30

Cicatrice de mauvaise qualité (voir " Appareil digestif ").

13.2 TETANOS.

Quand il guérit, le tétanos laisse rarement des séquelles, mais il faut prendre en charge les séquelles définitives laissées parfois par la thérapeutique (voir chapitre correspondant du barème).

Article Annexe I à l'art. R434-32 (15)

14 - GLANDES ENDOCRINES.

Les glandes endocrines se trouvent assez rarement lésées lors des traumatismes, du fait de leur situation anatomique protégée. En outre, une faible partie du parenchyme endocrinien suffit à maintenir la fonction hormonale, ce qui, en particulier dans le cas d'organes paires, évite les perturbations importantes des métabolismes.

14.1 SEQUELLES HYPOPHYSAIRES.

Diabète insipide post-traumatique. Il apparaît entre quelques heures et quelques jours après l'accident (trois mois paraissant un maximum). Il se manifeste par polydypsie, polyurie et pollakiurie. Certaines épreuves peuvent le confirmer et le distinguer, notamment, de la simple potomanie :

épreuve de la post-hypophyse, épreuve de Carter et Robbins, test de J. Decourt, épreuves aux diurétiques mercuriels, etc.

- Diabète insipide (selon le résultat du traitement) 10 à 30

Hypopituitarisme antérieur :

Ses manifestations peuvent être rattachées à un traumatisme et justifient la réparation à ce titre. Il ne faut pas perdre de vue que la latence du syndrome peut aller de quelques semaines à plusieurs mois, voire à quelques années.

Le tableau est celui de tout hypopituitarisme, associant des signes d'insuffisance thyroïdienne sans myxoedème vrai, des signes d'insuffisance surrénale sans pigmentation, des signes d'hypogonadisme. Il y a lieu de pratiquer, avant toute estimation, des investigations complémentaires, dont il faut savoir qu'elles peuvent être d'inégale valeur. L'exploration des déficits dûs à l'hypo-stimulation des glandes concernées utilisera les techniques habituelles dans les trois secteurs thyroïdien, surrénalien et gonadique.

L'affection peut être corrigée de façon satisfaisante, mais le traitement doit être poursuivi indéfiniment. Plus le sujet est jeune, plus les répercussions de l'atteinte hypophysaire doivent être estimées importantes.

- Syndrome d'hypopituitarisme (selon le degré et le résultat du traitement) 60 à 70

14.2 SEQUELLES SURRENALIENNES.

La traduction clinique d'un traumatisme entraînant des séquelles surrénaliennes est la maladie d'Addison. Cas rarissime, car elle exige une destruction bilatérale des glandes après traumatisme de la région lombaire ou des dernières côtes. Elle ne peut être affirmée qu'après examens complémentaires : test de Thorn, dosage des corticoïdes urinaires avant et après A.C.T.H.

La maladie peut être traitée efficacement par l'opothérapie substitutive, mais le traitement devra être suivi de façon illimitée.

- Maladie d'Addison post-traumatique, selon le résultat du traitement 40 à 70

14.3 SEQUELLES THYROÏDIENNES.

L'hypothyroïdie post-traumatique ne semble jamais avoir été observée en dehors de l'hypothyroïdie liée à un tableau de pan-hypopituitarisme.

Par contre, la relation d'une maladie de Basedow avec un traumatisme est généralement admise, l'accident jouant, dans la plupart des cas, le rôle de facteur déclenchant sur un terrain dans la plupart des cas prédisposés. Le délai d'apparition du syndrome peut être bref, les premiers signes apparaissant presque immédiatement. Il ne dépasse guère quelques semaines. Au-delà de deux mois, la relation ne peut plus être affirmée.

Les éléments d'appréciation de l'incapacité seront le tremblement, la tachycardie, l'exophtalmie, les troubles sympathiques, l'amaigrissement, les troubles digestifs. Un métabolisme basal sera toujours pratiqué, mais également un dosage du taux d'iode protéique du plasma et une épreuve de fixation de l'iode radioactif - réflexogramme achilléen.

Connaissant l'évolution de la maladie de Basedow, il faudra éviter une consolidation précoce et pratiquer des révisions régulières en prévision, soit d'une amélioration ou d'une aggravation, soit de l'apparition de complications propres au traitement appliqué.

- Maladie de Basedow, selon l'intensité des symptômes 5 à 40

A ce taux, s'ajoutera éventuellement un taux pour complication cardiaque (voir appareil cardio-vasculaire), sans que la somme des deux puisse dépasser 100 %.

14.4 SEQUELLES PARATHYROÏDIENNES.

L'hyperparathyroïdie ne saurait reconnaître en aucun cas une origine traumatique. Par contre, il peut arriver, dans certains cas exceptionnels, qu'à la suite d'un accident, une hypoparathyroïdie soit constatée et puisse être rattachée au traumatisme.

L'hypoparathyroïdie se traduit par des accidents de tétanie et une irritabilité neuro-musculaire. Elle se complique dans certains cas d'une cataracte, de convulsions, de calcifications cérébrales, de troubles des phanères ; elle se traduit par des crises aiguës de tétanie, des spasmes des muscles viscéraux, l'existence d'un signe de Chvostek, d'un signe de Trousseau (sensibilisés par l'hyperpnée provoquée), des malaises, de l'anxiété, voire des troubles mentaux.

La calcémie doit être mesurée, la phosphorémie, la calciurie, la phosphaturie donnent des résultats trop inconstants pour être retenus ; le test d'Ellsworth Howard permettra de différencier l'hypoparathyroïdisme vrai, des pseudo-hypoparathyroïdiennes. L'électromyographie mettra en évidence l'activité répétitive du neurone périphérique.

- Hypoparathyroïdisme légère, crises tétaniques et spasmes viscéraux rares. Peu de modifications des épreuves biologiques. Retentissement léger dans la vie professionnelle 10 à 30

- Hypoparathyroïdie compliquée ; aux taux précédents, il convient d'ajouter les taux résultant de l'atteinte fonctionnelle des organes concernés.

14.5 SEQUELLES DU PANCREAS ENDOCRINE.

On admet, à titre exceptionnel, qu'un diabète puisse être d'origine traumatique, mais une telle éventualité ne doit être retenue qu'une fois éliminée toute preuve d'existence d'un diabète sucré antérieur et notamment sur les résultats d'analyses disponibles.

Rechercher aussi systématiquement l'existence de signes de complications dégénératives (chute des dents par arthrite alvéolo-dentaire, artériopathie principalement des membres inférieurs, rétinopathie, etc.) dont le délai d'apparition excède notablement celui séparé de la découverte du diabète de la date de l'accident.

Il faut considérer que les rares cas de diabète traumatique authentique surviennent peu après l'accident, et qu'il paraît exceptionnel que le début survienne après un délai de 6 mois.

Le diabète post-traumatique est, dans la grande majorité des cas, insulino-dépendant ; l'estimation de l'incapacité sera fonction de la sensibilité aux hypoglycémisants de synthèse, ou à l'insuline, et dans ce dernier cas, sur la stabilité ou l'instabilité d'équilibration.

- Diabète sucré équilibré par un régime et la prise d'hypoglycémisants oraux 5 à 10
- Diabète sucré nécessitant un régime strict et l'emploi de l'insuline 30 à 40
- Diabète sucré avec incidents d'acidose ou de coma. Régime strict amaigrissement, difficulté d'un régime équilibré par l'insuline 40 à 70

Lors des révisions, les complications (artérite, rétinite, atteinte rénale, etc.), seront évaluées selon le déficit fonctionnel de l'organe atteint (voir " Appareil cardio-vasculaire ", " Séquelles ophtalmologiques ", " Appareil urinaire ", etc.) et s'ajouteront aux taux ci-dessus, le taux global ne pouvant excéder 100 %.

Article Annexe I à l'art. R434-32 (16)

15 - TEGUMENTS.

Les séquelles traumatiques portant sur les téguments consistent en cicatrices et en dermo-épidermites succédant à une atteinte traumatique.

Les cicatrices peuvent être plus ou moins disgracieuses, plus ou moins gênantes pour la mobilité des segments anatomiques. Lorsqu'il s'agit de brides limitant les mouvements de certaines articulations, on se reportera au chapitre des limitations des mouvements articulaires correspondants, pour évaluer l'incapacité.

Certaines cicatrices chéloïdiennes peuvent également s'ulcérer ; se reporter aux ulcères trophiques résultant d'atteintes veineuses.

Enfin, le siège des cicatrices revêt une certaine importance. En particulier, un changement de profession pourra être nécessité par les cicatrices du visage (vendeuses, métiers de relations publiques, etc.). Dans ce cas, le médecin devra faire ressortir de façon évidente, dans son rapport, cette nécessité de changement d'emploi.

15.1 CICATRICES

15.1.1 CICATRICES DU CUIR CHEVELU, PERTE DES CHEVEUX.

L'estimation de l'incapacité se fera d'après le caractère douloureux des cicatrices et le retentissement psychique des séquelles, principalement chez les sujets de sexe féminin, sans oublier cependant la possibilité du port de perruques et de postiches.

- Scalp total, ou brûlures étendues du cuir chevelu, avec phénomènes douloureux 30
- Scalp ou brûlure partielle du cuir chevelu, selon l'étendue des cicatrices douloureuses (névrome) ou de l'alopecie post-traumatique 5 à 20

15.1.2 CICATRICES DISGRACIEUSES DU VISAGE GÊNANT LA MIMIQUE.

- Selon déformation, étendue, gêne deux mouvements du visage, selon le siège des déformations, notamment de l'atteinte des orifices naturels 5 à 30

15.1.3 CICATRICES DES MAINS.

Disgracieuses, chéloïdiennes du dos de la main, indépendamment des raideurs ou rétractions :

- Une main 5
- Les deux mains 10

15.1.4 CICATRICES VICIEUSES ET CHELOÏDES.

- Imposant une protection au cours du travail, suivant le siège et l'extension 5 à 10
- De la plante du pied, gênant la marche 10 à 20
- De la plante du pied, très importante et rendant impossible le port de chaussure 20 à 25

15.2 CANCER SE DEVELOPPANT SUR UNE CICATRICE.

Si l'état peut être considéré comme fixé, l'on estimera le taux d'incapacité selon le déficit fonctionnel subsistant (aspect, amputations, limitations, etc.).

15.3 DERMO-EPIDERMITE.

- Consécutives à une atteinte accidentelle des téguments, non compris les éléments qui peuvent être retenus pour l'évaluation de l'incapacité (étendue de la lésion, fréquence des poussées, prurit, nécessité d'un traitement, gêne professionnelle) 5 à 10

15.4 FISTULE A LA PEAU.

- Consécutives à une mauvaise résorption de fils de suture ou à toute autre cause, avec écoulement, et suivant le nombre 1 à 8

Article Annexe I à l'art. R434-32 (17)

16 - SYSTEME IMMUNITAIRE

16.1. Infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est prise en charge au titre de la législation des accidents du travail comme conséquence d'un fait accidentel se produisant aux temps et lieu de travail et contaminant eu égard aux circonstances dans lesquelles il survient (par exemple, piqûre avec une aiguille souillée, projection inopinée de sang ou de liquides biologiques contaminés sur une muqueuse ou sur une plaie).

Outre les éléments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, l'évaluation de l'incapacité permanente tient compte des conséquences cliniques et psychologiques de la séroconversion et du taux sanguin de lymphocytes CD 4 du patient. La date de séroconversion peut être retenue comme date de consolidation initiale.

16.1.1. Sérologie VIH positive : de 20 à 40 p. 100.

Pour que la séroconversion puisse être rattachée à l'accident, il est nécessaire qu'avant le huitième jour qui a suivi celui-ci une sérologie négative ait été constatée et qu'à intervalles et dans un délai fixés par arrêté signé des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale un suivi sérologique de la victime ait été réalisé.

16.1.2. Déficit immunitaire associé à l'infection par le VIH et se traduisant par :

- un taux de lymphocytes CD 4 compris entre 200 et 350 par millimètre cube : de 40 à 60 p. 100 ;
- un taux de lymphocytes CD 4 inférieur à 200 par millimètre cube : de 60 à 100 p. 100.

Ce déficit immunitaire doit être affirmé par deux examens successifs pratiqués à un mois d'intervalle.

Annexes

Annexe II : Barème indicatif d'invalidité (maladies professionnelles)

Article Annexe II

Sommaire

1. Affections cardio-vasculaires
2. Affections dermatologiques et cutanéomuqueuses
3. Affections digestives
4. Affections neurologiques, neurosensorielles et psychiatriques
5. Affections des reins et des voies urinaires
6. Affections respiratoires
7. Affections hématologiques
8. Affections rhumatismales
9. Affections provoquées par les rayonnements ionisants

1 Affections cardio-vasculaires

1.1 Insuffisance ventriculaire droite

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par :

- dyspnée à l'effort prolongé ;
- absence de signes périphériques d'IVD ;
- absence de retentissement même au moment des poussées de surinfection pulmonaire.

Forme moyenne : 20-60 %.

Caractérisée par :

- dyspnée d'effort associée à :
- tachycardie-cœur de volume subnormal ;
- signes électro-écho-cardiographiques de retentissement ventriculaire droit ;
- absence d'hépatomégalie ;
- poussées d'insuffisance ventriculaire droite grave lors des surinfections pulmonaires.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par :

- dyspnée de repos associée à :

- tachycardie-cardiomégalie ;
- signes électro-écho-cardiographiques de rentissement ventriculaire droit ;
- signes périphériques d'insuffisance ventriculaire droite ;
- nécessité d'un traitement et d'un régime.

1.2 Insuffisance ventriculaire gauche

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par :

- dyspnée à l'effort prolongé ;
- simple hypertrophie ventriculaire gauche électrique et/ou radiologique ;
- absence de traitement et de régime.

Forme moyenne : 20-60 %.

Caractérisée par :

- dyspnée d'effort simple associée à :
- tachycardie ;
- signes électro-écho-cardiographiques d'atteinte ventriculaire gauche modérée ;
- accès épisodiques et légers de dyspnée paroxystique.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par :

- dyspnée au moindre effort associée à :
- crises de dyspnée paroxystique-œdème aigu du poumon ;
- tachycardie avec galop ;
- râles crépitants et sous crépitants ;
- signes d'atteinte cardio-vasculaire gauche avérée ;
- nécessité d'un traitement continu.

1.3 Ischémie cardiaque

Forme légère : 5-10 %.

Caractérisée par :

- ischémie électrique silencieuse ;

- absence de douleur angineuse ;
- absence d'infarctus du myocarde ;
- absence de traitement.

Forme moyenne : 20-60 %.

Caractérisée par un ou plusieurs des tableaux cliniques suivants :

- angor modéré stable répondant bien au traitement - associé à des altérations électriques modérées et stables au repos ;
- épreuves d'effort perturbées ;
- séquelles limitées d'infarctus myocardique avec ou sans douleurs angineuses.

La coexistence de troubles du rythme ventriculaire constitue un facteur de gravité.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par un ou plusieurs des tableaux cliniques suivants :

- infarctus myocardique ancien étendu avec troubles du rythme et/ou ectasie pariétale ;
- angine de poitrine sévère répondant mal au traitement ;
- cardiopathie ischémique relevant d'un traitement médicamenteux intensif et/ou chirurgical et/ou instrumental ;
- séquelles secondaires à la chirurgie coronaire ou à l'angioplastie.

Les séquelles liées à une éventuelle migration embolique seront évaluées par ailleurs.

1.4 Atteintes primitives du myocarde

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par le tableau clinique suivant :

- anomalies électriques de type surcharge ou troubles isolés de la repolarisation ;
- altérations écho-cardiographiques discrètes ;
- cœur de volume normal ou limite ;
- absence de symptômes fonctionnels ;
- absence de signes d'insuffisance cardiaque ;
- absence de traitement.

Forme moyenne : 20-60 %.

Caractérisée par le tableau clinique suivant :

- dyspnée à l'effort modéré ;
- cardiomégalie modérée ;
- altérations franches de l'électro-échocardiogramme ;
- absence de signes périphériques d'insuffisance cardiaque ;
- stabilité sous traitement.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par :

- dyspnée à l'effort simple associée à un ou plusieurs signes suivants :
- tachycardie - galop ;
- hépatomégalie - poumon cardiaque ;
- altérations majeures à l'électro-échocardiogramme ;
- nécessité d'un traitement polymédicamenteux continu.

1.5 Atteintes péricardiques

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par :

- anomalies électriques isolées persistantes ;
- absence de traitement.

Forme moyenne : 30-60 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- péricardite récidivante à rechutes multiples ;
- péricardite calcifiée chronique sans syndrome de constriction, clinique ou hémodynamique.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- péricardite liquidienne chronique ;
- péricardite chronique calcifiée ou non avec syndrome d'adiastolie ;
- séquelles chirurgicales entraînant une gêne fonctionnelle marquée ;
- mésothéliome péricardique.

1.6 Troubles du rythme

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- troubles de la conduction intraventriculaire (bloc de branche) ou auriculoventriculaire au 1er degré, asymptomatique et stable ;
- hyper-excitabilité auriculaire ou ventriculaire nécessitant un traitement prophylactique ;
- arythmies ventriculaires ou auriculaires complexes, symptomatiques, nécessitant surveillance et traitement ;
- patient appareillé par stimulateur intracorporel.

Forme moyenne : 30-60 %.

Caractérisée par un des tableaux cliniques suivants :

- tachycardies supraventriculaires nécessitant un traitement prophylactique ;
- arythmies ventriculaires, ou auriculaires complexes, symptomatiques, nécessitant surveillance et traitement ;
- patient appareillé par stimulateur intracorporel.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- tachycardie ventriculaire récidivant malgré le traitement.

Evaluer par ailleurs les séquelles liées aux migrations emboliques éventuelles.

1.7 Atteintes vasculaires périphériques

1.7.1 - Artéritiques.

Forme légère : 5-20 %.

Caractérisée par un des tableaux cliniques suivants :

- disparition d'un pouls distal avec sténose incomplète au Doppler chez un sujet asymptomatique ;
- claudication intermittente à la marche rapide et prolongée.

Forme moyenne : 20-60 %.

Associant :

- claudication intermittente à la marche normale avec pression à la cheville > 50 mm de mercure (ou 6,66 kPa) ;
- troubles trophiques peu marqués ;
- traitement continu.

Forme grave : 60-100 %.

Associant :

- artériopathie chronique avec douleur de décubitus ;
- troubles trophiques marqués ;
- marche impossible ou extrêmement pénible avec douleurs violentes ;
- pression à la cheville < 50 mm de mercure (ou 6,66 kPa).

Evaluer par ailleurs les séquelles liées à une amputation par gangrène selon barème AT.

1.7.2 - Phlébitiques.

Forme légère : 5-10 %.

Associant :

- œdème modéré ;
- simple lourdeur et fatigabilité modérée.

Forme moyenne : 10-30 %.

Caractérisée par :

- œdème important ;

et/ou

- troubles trophiques marqués.

Forme grave : 30-50 %.

Caractérisée par :

- troubles trophiques très importants ;

et/ou

- œdème très important avec fatigabilité marquée.

1.7.3 - Troubles angio-neurotiques.

Forme légère : 5-20 %.

- on tiendra compte de la gêne fonctionnelle et du résultat des épreuves fonctionnelles.

Forme évoluée : 20-30 %.

- existence de sphacèle,

et/ou

- troubles trophiques.

1.8 Valvulopathies

Forme légère : 5-10 %.

Caractérisée par le tableau :

- simple souffle séquellaire sans retentissement ventriculaire, clinique, radio, électro-échographique hémodynamique ;
- absence de traitement.

Forme moyenne : 20-60 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- valvulopathie avérée mais sans signe de décompensation ;
- valvulopathie avérée associée à :
 - signes d'insuffisance cardiaque légère ;
 - avec ou sans traitement médical ;
 - absence d'indications chirurgicales ;
 - valvulopathie opérée avec bons résultats.

Forme grave : 60-100 %.

Caractérisée par l'un des tableaux cliniques suivants :

- valvulopathie entraînant un retentissement cardiaque sévère (voir IVD ou IVG) ;
- indications chirurgicales ;
- formes opérées avec résultats médiocres ;
- valvulopathies inopérables.

Evaluer par ailleurs les séquelles liées aux migrations emboliques éventuelles.

1.9 Hypertension artérielle

Une hypertension artérielle limite labile ne nécessitant pas un traitement ne justifie pas d'indemnisation.

En cas d'hypertension artérielle permanente nécessitant un traitement, l'appréciation tiendra compte de l'état hypertensif et d'autre part de ses retentissements viscéraux :

- élévation de la tension artérielle isolée : 10 à 20 %.

Les retentissements viscéraux sont indemnisés pour leur propre compte (voir chapitres particuliers du barème).

2 Affections dermatologiques et cutanéomuqueuses

2.1 Modalités d'évaluation des séquelles d'affections dermatologiques professionnelles

Le tableau d'invalidité des affections dermatologiques professionnelles (Maladies professionnelles - Origine post-traumatique) propose :

- un taux de base qui est fonction de l'état séquellaire clinique, de sa gravité et de son potentiel évolutif ;
- auquel peut s'appliquer un coefficient de majoration fonction de certaines localisations lésionnelles et de la superficie des séquelles ;
- un taux complémentaire si coexistent des séquelles sensitives et/ou motrices, responsables d'une gêne fonctionnelle.

L'invalidité dermatologique doit certes prendre en compte ces différents facteurs mais surtout doit s'apprécier de façon globale en fonction des éléments que comporte l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale. L'incidence de l'affection dermatologique professionnelle sur les aptitudes et la qualification professionnelle qui constituent peut-être l'élément médico-social majeur de l'incapacité permanente partielle dépend, en grande partie, des risques professionnels que comportait le poste de travail de la victime. Le médecin évaluateur, dont l'action se situe forcément en aval de la maladie professionnelle, ne doit pas négliger pour autant ce qui se place en amont.

Il ne doit pas perdre de vue que la dermatose professionnelle, d'origine allergique, risque fort de récidiver dès nouveau contact avec le facteur étiologique et que, même pour des séquelles cliniques minimales, le changement de poste de travail peut s'imposer. Ceci s'entend surtout pour le risque chimique et plus encore lorsque celui-ci comporte l'utilisation de substances cancérogènes.

Que le risque chimique soit constitué par une substance ou une préparation (mélange de substances), qu'il soit pur ou associé à un facteur physique (mécanique, par exemple), il convient de reconnaître les types d'effets susceptibles de se produire :

- effets généraux :
- irritants (responsables de l'inflammation) ;
- corrosifs (responsables de nécrose cellulaire) ;
- toxiques ;
- allergisants ;
- cancérogènes ;
- effets spécifiques :
- effet savon ;
- effet solvan : délipidation de surface ;
- alcalin...

Certaines lésions sont véritablement pathognomoniques du risque tel la chloracné causée par les dioxines ;

- effets toxiques :

Des toxiques sont résorbables par voie cutanée et cette pénétration percutanée est d'autant plus importante que les téguments sont lésés. Il convient, lors de l'évaluation de certains états séquellaires, de ne pas négliger les effets toxiques causés généralement par des doses minimales, par exemple, les intoxications par le bore.

2.2 Évaluation

	États séquellaires	Préjudice	Taux de base
Gravité.	Atrophie sans rétraction. Alopecies définitives. Dyschromies. Ulcères.	Léger.	0 à 10 %.
	Atrophies avec rétraction. Hyperkératoses. Lichénifications. Polysensibilisation.	Moyen.	10 à 15 %.
	Cancérisation.	Important.	Tumeur cutanée maligne in situ, non pénétrante : 30 à 40 %. Tumeur cutanée maligne infiltrante, avec extension : 40 à 70 %.
Topographie et étendue.	Main.	Main dominante : Pulpe ; Pouce ; Index.	Coefficient de majoration : x 1 à 1,5.
	Pied.	Talon antérieur. Talon postérieur.	x 1 à 1,5.
	Cheville. Régions d'appui.	Face antérieure. Fesse. Région ischiatique.	x 1 à 1,5.
Fonction.	Séquelles.	Sensitives motrices.	cf. Barème indicatif invalidité Accidents du travail.

2.3 Lésions cutanéomuqueuses

Selon le type se reporter aux chapitres correspondants.

Perforation de la cloison nasale. Barème AT 5.1.2.

2.4 Radio-dermites

Voir chapitre 9.3 du présent barème.

3 Affections digestives

3.1 Atteintes hépatiques

Au décours de l'évolution d'une maladie professionnelle comportant une atteinte hépatique, le médecin chargé de l'évaluation de l'IPP peut se trouver devant l'une des situations suivantes :

1. Hépatite ;
2. Cirrhose du foie ;
3. Tumeur maligne du foie.

3.1.1 - Hépatites

L'hépatite aiguë peut être considérée comme guérie sans séquelle lorsque les tests de cytolysse et les tests de cholostase sont redevenus normaux.

La présence isolée d'antigène HBS ne constitue pas une séquelle en soi.

Hépatites chroniques :

Les hépatites chroniques sont définies par la persistance après six mois d'évolution d'une perturbation des tests biologiques hépatiques et/ou d'anomalies à l'examen anatomopathologique.

On distingue :

- l'hépatite chronique persistance :
- avec perturbation des tests de cytolysse, les chiffres ne dépassant pas cinq fois la valeur normale ;
- éventuellement confirmée par un examen histologique du foie : 5 à 10 % ;

- l'hépatite chronique active :
- avec des tests de cytolysse dépassant cinq fois leur valeur normale ;
- et/ou gamma-globulines sériques dépassant 20 g/litre, éventuellement confirmée par examen histologique du foie.

Suivant l'importance et l'évolution des signes cliniques et biologiques : 10 à 40 %.

3.1.2 - Cirrhoses.

La cirrhose est reconnue par ses signes cliniques et biologiques et/ou histologiques (ponction biopsie du foie).

Pour fixer le taux d'incapacité permanente partielle imputable à la cirrhose, on tiendra compte du retentissement sur l'état général et de la survenue des complications éventuellement associées :

- hypertension portale : présence de varices œsophagiennes (constatées par l'examen endoscopique) avec ou sans hémorragie digestive et/ou ascite ;
- insuffisance hépatique : avec abaissement du taux de prothrombine au-dessous de 60 % ;
- encéphalopathie hépatique ;
- troubles de l'attention, de l'idéation et/ou troubles caractériels et/ou signes neurologiques spécifiques ;
- hépatocarcinome : présence dans le sérum d'un marqueur spécifique à un taux significatif (par exemple alpha-fœtoprotéine > 500 nanogrammes/ml) et/ou anomalies échographiques démonstratives et/ou arguments histologiques décisifs après cytoponction.

Suivant le stade évolutif, l'affection réalise des tableaux cliniques de gravité diverse :

Cirrhoses compensées :

Caractérisées par l'absence de manifestations d'hypertension portale, l'absence d'encéphalopathie hépatique, l'absence d'insuffisance hépatique : 10 à 20 %.

Cirrhoses avec hypertension portale :

Varices œsophagiennes non hémorragiques ou ascite facilement réductible sans signe clinique d'encéphalopathie : 20 à 60 %.

Cirrhoses graves :

- hémorragie(s) par rupture de varice œsophagienne et/ou ascite irréductible ;
- et/ou encéphalopathie invalidante ;
- et/ou signes marqués d'insuffisance hépatique : 60 à 100 %.

Cirrhoses compliquées d'hépatocarcinome : 100 %.

3.1.3 - Tumeurs malignes du foie.

Hépatocarcinome : 100 %.

Angiosarcome du foie : 100 %.

3.2 Autres atteintes de l'appareil digestif

Les atteintes aiguës œsophagiennes, gastriques et intestinales guérissent habituellement sans séquelle. S'il persiste quelques signes fonctionnels : douleurs épigastriques, vomissements, brûlures... : 5 %.

Pour les stomatites chroniques, voir le barème des accidents du travail, chapitre 7, Stomatologie.

3.2.1 - Colite post-dysentérique.

Marquée par une diarrhée sanglante, un aspect radiologique et/ou endoscopique de colite ulcéreuse, les examens parasitologiques étant négatifs : 5 à 20 %.

3.2.2 - Tumeurs malignes.

Mésothéliome péritonéal : 100 %.

4 Affections neurologiques, neurosensorielles et psychiatriques

4.1 Troubles neurologiques aigus

Sous cette étiquette, les tableaux des maladies professionnelles regroupent toutes les manifestations témoignant d'une encéphalopathie aiguë : troubles de la conscience allant jusqu'au coma profond, crises convulsives, myoclonies.

L'évolution de ces troubles aigus se fait, soit vers l'aggravation rapide et irréversible, soit vers la guérison, soit vers la stabilisation avec persistance de séquelles qui seront étudiées dans le chapitre des troubles neurologiques chroniques.

Au stade des troubles neurologiques aigus, la consolidation du blessé n'est pratiquement jamais acquise. Il ne semble donc pas nécessaire de proposer des taux d'IPP.

4.2 Troubles neurologiques chroniques

4.2.1 - Tremblement intentionnel - Myoclonies.

Forme légère :

Unilatérale, suivant le côté (dominant ou non), apparition d'un tremblement discret : 10 à 20 %.

Forme moyenne : 20 à 40 %.

Forme grave :

Pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de toute activité : 40 à 100 %.

4.2.2 - Ataxies - Ataxie cérébelleuse.

Forme légère :

Marche peu perturbée, légère maladresse de certains mouvements : 10 à 50 %.

Forme moyenne :

Marche possible mais très difficile et très ralentie, importante maladresse des mouvements : 50 à 90 %.

Forme grave :

Marche impossible, troubles kinétiques, incoordination, pouvant aller jusqu'à l'impossibilité de toute activité : 100 %.

4.2.3 - Epilepsie.

Forme légère :

Bien contrôlée par le traitement, compatible avec une activité professionnelle : 10 à 20 %.

Forme moyenne :

Crises fréquentes malgré le traitement avec ou sans troubles du comportement, nécessité éventuelle d'un changement de poste de travail : 20 à 70 %.

Forme grave :

Non contrôlée par le traitement, nécessitant la surveillance du sujet et rendant impossible toute activité : 100 %.

4.2.4 - Dysarthrie - Aphasie.

Forme légère :

Trouble de l'élocution, réduction du flux verbal : 5 à 20 %.

Forme moyenne :

Troubles de la compréhension, expression perturbée plus ou moins intelligible : 20 à 80 %.

Forme grave :

Absence de communication avec autrui, expression impossible, troubles majeurs de la compréhension : 80 à 100 %.

4.2.5 - Syndrome neurologique de type parkinsonien.

Forme légère :

Troubles mineurs réagissant bien au traitement : 10 à 20 %.

Forme moyenne :

Entraînant une gêne appréciable : 20 à 50 %.

Forme grave : 50 à 100 %.

4.2.6 - Syndrome associant

- des troubles de l'équilibre ;
de la vigilance ;
et de la mémoire ;

Et syndrome associant :

- des céphalées ;
- de l'asthénie ;
- des vertiges ;
- des nausées.

L'association de ces troubles divers entre dans le cadre du syndrome subjectif.

Selon l'intensité et la pluralité des symptômes : 5 à 20 %.

4.2.7 - Troubles prolongés de la sensibilité accompagnant des troubles angio-neurotiques.

Selon l'intensité des symptômes.

Selon le côté atteint (dominant ou non) : 5 à 30 %.

4.2.8 - Névrite optique : 5 à 30 %

Le taux sera fonction du degré d'altération de la fonction visuelle et l'on utilisera le tableau général d'évaluation (cf. barème AT, 6.1.5).

4.3 Névrites - Polynévrites

L'évaluation des taux d'IPP pour les névrites et les polynévrites doit tenir compte de plusieurs facteurs :

- existence ou non de troubles moteurs ;
- existence ou non de troubles sensitifs, en particulier profonds ;
- existence ou non de troubles trophiques.

Il faudra considérer la gêne fonctionnelle entraînée par ces différents facteurs (barème AT 4.2.5).

Un cas particulier, la névrite trijéminal, exceptionnelle, qui entraîne plus souvent des troubles moteurs que des douleurs : 5 à 60 %.

4.4 Troubles psychiques - Troubles mentaux organiques

4.4.1 - Aigus.

Ces troubles peuvent comporter une confusion mentale de niveau variable ou un état délirant aigu.

Il s'agit, là encore, comme pour les troubles neurologiques aigus, d'états évolutifs pendant lesquels la consolidation n'est pas envisageable.

4.4.2 - Chroniques.

Etats dépressifs d'intensité variable :

- soit avec une asthénie persistante : 10 à 20 %.
- soit à l'opposé, grande dépression mélancolique, anxiété pantophobique : 50 à 100 %.

Troubles du comportement d'intensité variable : 10 à 20 %.

4.5 Atteintes neuro-méningées

4.5.1 - Séquelles de la méningite cérébro-spinale à méningocoques.

4.5.1.1. La plus fréquente, constatée dans environ 5 % des cas, est la surdité (cf. barème AT 5.5.2).

4.5.1.2. Les autres sont relativement exceptionnelles, mais doivent être envisagées ;

4.5.1.2.1. Epilepsie : cf. barème MP, chapitre Troubles neurologiques chroniques ;

4.5.1.2.2. Déficit moteur focalisé : cf. barème AT 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5 ;

4.5.1.2.3. Troubles visuels, atrophie optique : cf. barème AT 6.1 ;

4.5.1.2.4. Déficit intellectuel, troubles mnésiques selon l'intensité des symptômes : 10 à 30 % ;

4.5.1.2.5. Hydrocéphalie avec déficit intellectuel, troubles de la statique : le taux sera évalué en fonction des résultats de la neurochirurgie.

4.5.2 - Séquelles neuro-méningées de la brucellose.

Elles sont essentiellement consécutives à des lésions méningées chroniques mais aussi à des localisations médullaires.

Ces lésions entraînent des signes, soit médullaires, soit radiculaires (queue de cheval).

Les séquelles vont donc s'exprimer sous forme, soit de déficit focalisé, soit de monoplégie, soit de paraplégie d'intensité variable, associées ou non à des troubles sensitifs et/ou sphinctériens.

Les taux seront évalués par référence au barème AT 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5.

4.6 Surdités professionnelles

Voir barème AT 5.5.2.

Acouphènes :

Voir barème AT 5.5.3.

4.7 Pathologie tumorale

Glioblastome : 100 %.

5 Affections des reins et des voies urinaires

L'atteinte de l'appareil urinaire au cours des maladies professionnelles peut relever de divers mécanismes physiopathologiques et réaliser des lésions variées touchant le parenchyme rénal (nécroses tubulaires, lésions interstitielles, glomérulopathies) ou les voies urinaires.

Cependant, quelle que soit la maladie, les séquelles au moment de la consolidation donnent lieu à un nombre restreint de situations. Le médecin, chargé de l'évaluation, sera en pratique amené à estimer l'incapacité permanente partielle résultant des syndromes suivants :

- insuffisance rénale chronique,
- hypertension artérielle,
- protéinurie importante (syndrome néphrotique),
- hématurie ou protéinurie isolée,
- tubulopathie chronique,
- lithiase urinaire,
- lésions vésicales.

5.1 L'insuffisance rénale chronique

5.1.1 - Insuffisance rénale légère.

Clairances de la créatinine supérieures aux 3/4 de la normale ; vie professionnelle normale : 10 à 20 %.

5.1.2 - Insuffisance rénale moyenne.

Clairances de la créatinine entre 1/4 et 3/4 de la normale, peu de retentissement sur la vie professionnelle : 20 à 40 %.

5.1.3 - Insuffisance rénale importante.

Clairances de la créatinine au-dessous du quart de la normale, anémie, modification humorale, nécessité de mesures diététiques ou autres plus ou moins astreignantes ; éventuellement : syndrome néphrotique, goutte, ostéodystrophie rénale ; retentissement professionnel ne permettant pas un travail régulier ou à temps complet : 40 à 60 %.

5.1.4 - Insuffisance rénale avancée, nécessitant un traitement de suppléance (hémodialyse), l'appréciation tiendra compte de l'anémie, des autres manifestations, des difficultés éventuelles d'application de la méthode et des incidences sur l'activité professionnelle : 60 à 100 %.

5.1.5 - Transplantation rénale.

Séquelles de transplantation rénale, selon les conséquences du traitement immuno-dépresseur et la valeur du rein : 30 à 100 %.

Nota : Quel que soit le stade de l'insuffisance rénale, l'existence d'une hypertension artérielle pourra faire l'objet d'une majoration en fonction de son degré de sévérité.

En l'absence de recueil d'urine, on pourra estimer la clairance de la créatinine par la formule :

clairance de la créatinine = $(140 - \text{Age}) \times \text{Poids en kg} / 72 \times \text{créatinine plasmatique (en mg/100 ml)}$

5.2 Hypertension artérielle

(Voir 1.9)

5.3 Protéinurie importante : syndrome néphrotique

Syndrome néphrotique biologique pur : 10 %.

Syndrome néphrotique avec manifestations cliniques, l'appréciation tiendra compte des œdèmes, de l'asthénie et des contraintes diététiques et thérapeutiques : 10 à 30 %.

5.4 Hématurie ou protéinurie isolée : 5 à 10 %

Une surveillance clinique et biologique régulière du malade sera poursuivie après la consolidation.

5.5 Tubulopathie chronique

Tubulopathie sans conséquence métabolique notable, ne nécessitant pas de traitement : pas d'incapacité.

Tubulopathie chronique entraînant des perturbations métaboliques : acidose tubulaire, diabète insipide, hypercalciurie, hypokaliémie, hyponatrémie, suivant le retentissement clinique et les contraintes du traitement : 10 à 20 %.

5.6 Lithiase urinaire

La colique néphrétique isolée ne laisse persister habituellement aucune séquelle. En cas de lithiase chronique ou récidivante, l'incapacité sera évaluée en fonction de la fréquence des crises douloureuses, des hématuries et de la survenue d'épisodes infectieux.

Une insuffisance rénale associée sera estimée pour son propre compte.

Crises douloureuses ou hématuriques peu fréquentes, retentissement mineur sur l'activité professionnelle : 10 à 20 %.

Crises fréquentes, accès répétés de pyélonéphrite : 20 à 50 %.

Lithiase grave infectée avec obstacle : 50 à 60 %.

Et en cas de dérivation permanente des urines : 40 à 80 %.

5.7 Lésions vésicales

5.7.1 - Cystites.

Suivant l'importance des douleurs et des troubles mictionnels : 10 à 30 %.
Cystites très évoluées nécessitant une dérivation des urines : jusqu'à 60 %.

5.7.2 - Tumeurs.

5.7.2.1. Tumeurs papillomateuses non dégénérées avec ou sans hématuries nécessitant une ou plusieurs résections et des contrôles endoscopiques itératifs :

- suivant l'importance des manifestations cliniques et les contraintes imposées par la surveillance : 10 à 50 %.

5.7.2.2. Tumeurs vésicales malignes.

Traitées par cystectomie totale et rétablissement de la continuité des voies urinaires par entéro-cystoplastie : suivant les séquelles (infection, troubles mictionnels, troubles sexuels) : 30 à 60 %.

Ayant nécessité un traitement chirurgical important avec dérivation des urines selon l'importance des séquelles et des troubles fonctionnels : 50 à 75 %.

Très étendue : jusqu'à 100 %.

Les séquelles des traitements chimiothérapeutiques ou radiques des tumeurs vésicales seront indemnisées pour leur propre compte suivant les atteintes des différents appareils.

6 Affections respiratoires

6.1 Syndromes aigus irritatifs

6.1.1 - Cas le plus général. - Guérison sans séquelle.

6.1.2 - Insuffisance respiratoire chronique obstructive résiduelle.

6.1.2.1. Isolée, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.1.2.2. Avec bronchorrhée résiduelle. Taux barème Déficience fonctionnelle x 1,30.

6.1.3 - Bronchospasmes réversibles résiduels avec abaissement du seuil cholinergique : 5 à 10 %.

6.2 Asthmes

6.2.1 - Abaissement isolé et durable du seuil cholinergique : 1 à 5 %.

6.2.2 - Bronchospasmes réversibles résiduels avec abaissement du seuil cholinergique : 5 à 10 %.

6.2.3 - Insuffisance respiratoire chronique obstructive résiduelle, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.3 Alvéolites extrinsèques

Cf. Fibroses (6.5).

6.4 Oedèmes aigus du poumon

Cf. Syndromes aigus irritatifs (6.1).

6.5 Fibroses

6.5.1 - Insuffisance respiratoire chronique restrictive résiduelle, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.5.2 - Insuffisance respiratoire chronique mixte avec bronchorrhée chronique, taux barème Déficience fonctionnelle x 1,30.

6.5.3 - Fibroses pleurales : 1 à 10 %.

6.6 Pathologie tumorale

6.6.1 - Cancers broncho-pulmonaires primitifs en fonction du code TNM et des suites thérapeutiques : 67 à 100 %.

6.6.2 - Mésothéliomes malins primitifs de la plèvre : 100 %.

6.6.3 - Tumeurs pleurales primitives autres que le mésothéliome en fonction du type histologique et des suites thérapeutiques : 67 à 100 %.

6.7 Pleurésies et autres atteintes pleurales

6.7.1 - Pleurésies aiguës.

6.7.1.1. Cas le plus général - Guérison sans séquelle.

6.7.1.2. Insuffisance respiratoire chronique restrictive résiduelle, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.7.2 - Pleurésies chroniques

6.7.2.1. Insuffisance respiratoire chronique restrictive résiduelle, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.7.2.2. Avec nécessité de ponctions évacuatrices itératives. Taux barème Déficience fonctionnelle x 1,25.

6.7.3 - Pleurésies tumorales, cf. Pathologie tumorale (6.6).

6.7.4 - Plaques pleurales calcifiées ou non : 1 à 5 %.

6.7.5 - Epaissements pleuraux : 1 à 10 %.

6.8 Autres manifestations pathologiques résiduelles

6.8.1 - Paralysies et parésies diaphragmatiques, quelle qu'en soit l'étiologie.

6.8.1.1. Sans trouble ventilatoire : 1 à 5 %.

6.8.1.2. Avec insuffisance respiratoire chronique restrictive résiduelle, cf. barème Déficience fonctionnelle.

6.8.2 - Syndrome douloureux thoracique, qu'elle qu'en soit l'étiologie (fibroses pleurales, séquelles post-opératoires, syndrome post-pleurétique, douleurs intercostales,...).

6.8.2.1. Isolé : 1 à 5 %.

6.8.2.2. Avec trouble ventilatoire associé. Taux barème Déficience fonctionnelle x 1,20.

6.8.3 - Bronchorrhée chronique.

6.8.3.1. Isolée : 10 à 20 %.

6.8.3.2. Avec trouble ventilatoire associé. Taux barème Déficience fonctionnelle x 1,30.

6.9 Déficience fonctionnelle

6.9.1 - Troubles fonctionnels non mesurables ou troubles fonctionnels légers : 5 à 10 %.

6.9.2 - Insuffisances respiratoires chroniques légères : 10 à 40 %.

Caractérisées par l'un au moins des critères suivants :

- trouble ventilatoire restrictif (TVR) avec capacité pulmonaire totale comprise entre 60 et 80 % de la valeur théorique ;
- trouble ventilatoire obstructif (TVO) avec VEMS supérieur à 1 500 ml (soit supérieur à 75 % de la valeur théorique) ;
- PaO₂ supérieure à 70 mmHg. ou à 70 Tor, ou à 9,3 kPa.

6.9.3 - Insuffisances respiratoires chroniques moyennes : 40 à 67 %.

Caractérisées par l'un au moins des critères suivants :

- trouble ventilatoire restrictif avec capacité pulmonaire totale comprise entre 50 et 60 % de la valeur théorique ;
- trouble ventilatoire obstructif avec VEMS entre 1 000 et 1 500 ml (soit entre 50 à 75 % de la valeur théorique) ;
- PaO₂ entre 60 et 70 mmHg ou 60 et 70 Tor, ou 8,3 à 9,3 kPa ;
- signes électro-écho-cardiographiques et retentissement ventriculaire droit ;
- poussées d'insuffisance ventriculaire droite lors de surinfections pulmonaires.

6.9.4 - Insuffisances respiratoires chroniques graves : 67 à 100 %.

Caractérisées par l'un au moins des critères suivants :

- trouble ventilatoire restrictif avec capacité pulmonaire totale comprise entre 40 et 50 % de la valeur théorique ;
- trouble ventilatoire obstructif avec VEMS entre 700 et 1 000 ml (soit 30 à 50 % de la valeur théorique) ;
- PaO₂ entre 50 et 60 mmHg, ou entre 50 et 60 Tor ou entre 6,6 et 8 kPa ;
- signes permanents périphériques et électro-écho-cardiographiques de retentissement ventriculaire droit.

6.9.5 - Insuffisances respiratoires chroniques sévères : 100 %.

Caractérisées par l'un au moins des critères suivants :

- trouble ventilatoire restrictif avec capacité pulmonaire totale inférieure à 40 % de la valeur théorique ;
- trouble ventilatoire obstructif avec VEMS inférieur à 700 ml (soit inférieur à 30 % de la valeur théorique) ;
- PaO₂ inférieure à 50 mmHg, ou 50 Tor, ou 6,6 kPa ;
- forme grave d'insuffisance ventriculaire droite.

6.10 Cas particulier des pneumoconioses à réparation spéciale

Il convient de tenir compte de la gravité radiologique. C'est ainsi que, par exemple, dans le cas d'une silicose, même si la fonction respiratoire est peu altérée, on retiendra un taux d'IPP minimal.

1. Pour les formes micronodulaires étendues et de forte densité ;

Pour les formes nodulaires envahissant les deux tiers du champ pulmonaire : de l'ordre de 10 % ;

2. Pour les formes nodulaires généralisées et pour les formes pseudo-tumorales se projetant sur 1 à 3 espaces intercostaux : de l'ordre de 20 % ;

3. Pour les pseudo-tumeurs se projetant sur plus de 3 espaces intercostaux : de l'ordre de 30 %.

7.1 Syndromes hémorragiques

Le signe essentiel est la thrombopénie, rarement isolée, qui devra être intégrée aux autres signes de l'insuffisance médullaire dont elle témoigne.

La survenue d'hémorragies graves, notamment cérébro-méningées, digestives,... et les complications thérapeutiques (contamination transfusionnelle [(note 5) :

] , splénectomie...) constituent autant d'éléments péjoratifs à apprécier.

Thrombopénie persistante comprise entre 100 000 plaquettes par mm³ et 30 000 plaquettes par mm³ [(note 6) :

] : 30 à 90 %.

Thrombopénie inférieure à 30 000 plaquettes avec complications hémorragiques ; nécessité d'un traitement : 90 à 100 %.

7.2 Anémies

L'élément principal de référence est le taux d'hémoglobine, l'hémolyse, quelqu'en soit le mécanisme, ne constituant pas en elle-même un élément péjoratif.

Un taux inférieur de 7 g/100 ml (4,3 m.mol/l en unités internationales [(note 7) :

]) nécessite le plus souvent des transfusions avec possibilité de survenue de tous les accidents qui leur sont liés. A côté du risque majeur de contamination transfusionnelle, un risque coronarien, un risque d'hémochromatose...

Anémie persistante avec taux d'hémoglobine compris entre 12 g/100 ml ou 7,4 m.mol/l et 9 g/100 ml ou 5,5 m.mol/l : 20 à 40 %.

Anémie persistante avec taux d'hémoglobine compris entre 9 g/100 ml ou 5,5 m.mol/l et 7 g/100 ml ou 4,3 m.mol/l : 40 à 67 %.

Anémie persistante avec taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/100 ml ou 4,3 m.mol/l avec nécessité d'un traitement transfusionnel : 67 à 100 %.

Complications transfusionnelles :

Les soins et arrêts de travail qu'elles nécessitent seront pris en charge au titre de la maladie professionnelle ou d'une rechute de celle-ci :

- les séquelles éventuelles devront être appréciées en fonction des rubriques correspondantes du présent barème ;

- insuffisance cardiaque : voir Maladies cardio-vasculaires ;

- hélochromatose pouvant s'observer après un traitement transfusionnel prolongé pour anémies persistantes graves : 67 à 100 %.

7.3 Leucopénie - Neutropénie

De diagnostic étiologique difficile, nécessitant un myélogramme pour s'assurer de la baisse des éléments des granuleux dans la moelle et éliminer d'autres mécanismes, notamment un trouble de la répartition.

Le risque infectieux associé constitue un élément péjoratif qui devient majeur pour une leucopénie inférieure à 800/mm³ [(note 8) :

] .

Leucopénie comprise entre 3 300 globules blancs par mm³ et 800 globules blancs par mm³, avec neutropénie inférieure à 33 % : 30 à 100 %.

Selon le retentissement clinique, les troubles associés, notamment infectieux et la nécessité d'un traitement.

Leucopénie inférieure à 800 globules blancs par mm³ : 100 %.

7.4 Hypercytoses

Même si la terminologie qui est appliquée peut être discutée par le plan sémantique, elles désignent :

- la polyglobulie modérée ;

- la splénomégalie myéloïde ;

- la maladie de Hodgkin ;
- les lymphomes non hodgkiniens.

Toutes ces affections comportent un risque vital et seront définies :

- pour la polyglobulie : par la masse sanguine égale ou supérieure à 36 ml/kg chez l'homme ; égale ou supérieure à 32 ml/kg chez la femme ;
- sans diminution de la PaO₂ [(note 9) :] ;
- avec une leucocytose supérieure à 13 000-14 000 globules blancs par mm³ ;
- pour la splénomégalie myéloïde par la biopsie de moelle ;
- pour la maladie de Hodgkin et les lymphomes non hodgkiniens : par la biopsie ganglionnaire ;

Polyglobulie, splénomégalie myéloïde, maladie de Hodgkin : 30 à 67 %.

Lymphomes non hodgkiniens : 67 % à 100 %.

7.5 Leucoses - Leucémies

Leur réparation est essentiellement fonction :

- du type cytologique de la prolifération maligne et du pronostic qui lui est lié ;
- du risque infectieux majeur omniprésent ;
- de la réponse aux thérapeutiques.

Les rémissions et l'ensemble des problèmes qu'elles posent doivent être jugés avec les plus prudentes réserves car, à la fin, l'espérance de vie reste le facteur le plus déterminant.

Leucoses - leucémies : 67 à 100 %, avec prise en charge au titre de la législation Accidents du travail - Maladies professionnelles de la surveillance hématologique et de toutes les thérapeutiques nécessaires.

8 Affections rhumatismales

8.1 Majoration spécifique à la morbidité rhumatismale

A côté de la gêne proprement articulaire, les maladies rhumatismales peuvent entraîner des manifestations cliniques spécifiques qui retentissent sur la capacité de travail.

On devra donc éventuellement majorer le taux de base en fonction des indicateurs suivants :

8.1.1 - Existence de poussées congestives au cours des processus dégénératifs ostéo-articulaires.

Marquée par une accentuation des douleurs, de la raideur, une discrète augmentation de volume de l'articulation et des tissus péri-articulaires.

La poussée congestive cède généralement en quelques jours ou quelques semaines, le repos étant un élément essentiel du traitement.

8.1.2 - Persistance d'une évolutivité rhumatismale au cours des processus ostéo-articulaires à point de départ infectieux ou inflammatoire.

Objectivée par des poussées inflammatoires associant des signes locaux et/ou généraux, confirmée par les tests biologiques (VS, C réactive protéine).

8.1.3 - Existence de crises douloureuses.

La douleur ressentie peut justifier en soi une indemnisation lorsque les crises sont intenses ou évoluent sur un mode permanent.

8.1.4 - L'atteinte des tissus.

Modifications de la structure osseuse :

Objectivées par les documents radiologiques qui permettent de distinguer :

- l'ostéoporose ;
- l'ostéomalacie ;
- l'hyperostose.

L'incidence des ces anomalies sur les capacités fonctionnelles du patient sera appréciée en tenant compte de l'étendue des lésions, de la présence d'autres indicateurs et du caractère évolutif de la maladie ;

- ostéonécroses.

L'importance de la destruction ostéo-articulaire est l'élément essentiel de l'évaluation.

Atteinte loco-régionale :

Autour de l'articulation, on recherchera les anomalies des muscles et du revêtement cutané.

Algodystrophies :

Indemnisées par référence au barème des accidents du travail (4.2.6).

8.1.5 - Les atteintes viscérales associées.

Dont les séquelles seront estimées par référence aux chapitres du barème des maladies professionnelles relatifs à chacun des appareils.

8.1.6 - L'atteinte de l'état général.

On appréciera le degré d'asthénie et l'existence d'un amaigrissement récent.

Après avoir passé en revue l'ensemble de ces indicateurs, le médecin évaluateur devra tenir compte de la topographie des lésions.

On peut opposer :

Les atteintes axiales des localisations rachidiennes :

- cervicales : limitant certains mouvements de la tête ;
- dorsales : entraînant surtout des troubles statiques ;
- lombaires : gênant le port de charge et la station debout prolongée.

Les atteintes périphériques où la localisation sur les articulations portantes des membres inférieurs handicape la locomotion alors que les lésions du membre supérieur retentissent sur les activités manuelles de force ou délicates.

8.2 Au terme de son analyse, en tenant compte du taux de base et éventuellement des majorations spécifiques, le médecin portera un jugement global sur le retentissement des séquelles de la maladie sur la capacité de travail du patient et fixera le taux d'IPP en fonction de son importance pour laquelle on peut proposer l'échelle suivante :

- retentissement léger : 0 à 5 % ;
- retentissement modéré : 5 à 15 % ;
- retentissement moyen : 15 à 30 % ;
- retentissement important : 30 à 60 % ;
- retentissement très important : 60 à 90 %.

8.3 A titre d'exemple, on peut retenir quelques situations caractéristiques

8.3.1 - Brucellose.

Séquelle de monoarthrite du genou associant une augmentation de volume de l'articulation et une amyotrophie du quadriceps selon l'existence de poussées d'hydarthrose et le degré de limitation des mouvements du genou : 15 à 30 %.

Pelvispondylite chronique clinique et radiologique compte tenu de l'importance de la raideur du rachis et des douleurs : 15 à 25 %.

8.3.2 - Tuberculose.

Mal de Pott dorso-lombaire, laissant des troubles statiques (scoliose et cypho-scoliose) selon la gêne fonctionnelle et l'existence de retentissement cardio-respiratoire : 15 à 30 %.

Coxalgie, ayant évolué vers l'arthrodèse spontanée avec raccourcissement du membre inférieur et amyotrophie importante compte tenu des douleurs et du retentissement sur la statique rachidienne : 55 à 70 %.

8.3.3 - Lésions provoquées par des travaux effectués dans les milieux où la pression est supérieure à la pression atmosphérique.

Ostéonécrose de la tête humérale droite chez un adulte jeune selon la limitation du jeu articulaire : 20 à 40 %.

8.3.4 - Affections professionnelles provoquées par le fluor.

Ligamentite ossifiante lombaire associée à une ossification péri-coxofémorale selon l'importance des douleurs et de la raideur : 15 à 30 %.

8.3.5 - Affectations professionnelles péri-articulaires.

Épicondylite récidivante : 5 à 10 %.

8.3.6 - Affections provoquées par les vibrations et les chocs.

Ostéonécrose du scaphoïde selon l'importance des douleurs et de la limitation des mouvements du poignet : 5 à 30 %.

Arthrose hyperostotante du coude s'accompagnant éventuellement de chondromatose selon l'importance des douleurs et l'enraidissement : 15 à 25 %.

9 Affections provoquées par les rayonnements ionisants

9.1 Préambule

Le médecin évaluateur s'efforcera d'obtenir communication, soit directement du médecin du travail, soit par l'intermédiaire de la victime, du dossier médical ordinaire [(note 10) :

] de celle-ci et du dossier médical spécial [(note 10) :

] lorsqu'elle est classée en catégorie A des travailleurs exposés. Il importe qu'il connaisse avec exactitude, en dehors de l'exposition due aux sources naturelles de rayonnement et des expositions subies du fait des examens et traitement médicaux, les différents types d'exposition reçus dans les conditions normales de travail, les expositions exceptionnelles concertées et/ou d'urgence, les accidents d'expositions et pour chacun d'entre eux les limites d'exposition atteintes, c'est-à-dire :

- l'équivalent de dose maximale [(note 11) :

] dans les cas d'exposition externe ;

- l'activité incorporée dans le cas d'exposition interne ;
- l'équivalent de dose et l'activité incorporée dans les cas d'exposition totale, externe et interne.

9.2 Ophtalmologie

9.2.1 - Blépharite, conjonctivite.

Formes aiguës : généralement guérison.

Formes chroniques avec parfois chute des cils, lagophtalmie, syndrome sec oculaire : ajouter aux troubles éventuels de l'acuité visuelle : 5 à 10 %.

9.2.2 - Kératite - séquelles.

Taies de cornée : apprécier le degré d'acuité visuelle et le degré de conservation du champ visuel périphérique.

Lagophtalmie.

Syndrome sec oculaire, ajouter aux troubles éventuels de l'acuité visuelle : 5 à 10 %.

Atrophie du globe - Enucléation : voir barème AT - Ophtalmologie (6.1.1 et 3).

9.2.3 - Cataractes.

Unilatérales : selon degré d'opérabilité et la diminution de la fonction visuelle.

Bilatérales : voir barème AT-Ophtalmologie (6.1.10.1 et 2).

Le cristallin est un organe particulièrement radio-sensible : les cataractes radio-induites apparaissent après un délai de latence de plusieurs années pour des irradiations localisées, délivrées en un temps très court, supérieures à 4 grays pour les rayons X et peut-être à des doses inférieures pour les neutrons. Au début postérieur, elles entraînent une baisse de l'acuité visuelle qui devra être justement appréciée.

9.2.4 - Altérations de la fonction visuelle.

Voir barème AT-Ophtalmologie, 6.1.1 à 7.

Dissocier vision de précision et vision de sécurité, notamment dans l'industrie nucléaire.

9.3 Affections dermatologiques

9.3.1 - Radio-dermites aiguës

Après irradiation aiguë, localisée :

- dose inférieure à 8 grays : érythème réversible : généralement guérison ;
- dose inférieure à 20 grays : érythème, œdème, phlyctènes, parfois ulcération : 5 à 10 % ;
- dose supérieure à 25 grays : nécrose tissulaire possible selon étendue, profondeur, résultats thérapeutiques : 10 à 30 %.

En cas de brûlures radiologiques et thermiques associées, la brûlure thermique est d'apparition immédiate et alors qu'elle régresse, la brûlure radiologique se manifeste cliniquement et son évolution est généralement extensive, caractère qui conditionnera la date de consolidation.

9.3.2 - Radio-dermites chroniques

Latence +- après irradiations localisées répétées.

Effacement des empreintes digitales, peau sèche ou amaïncie, hyperkératose, atteintes unguéales (stries, pachyonyxis), dépilation, ulcérations atones : 10 à 40 %.

Cancérisation : transformation en épithélioma spino-cellulaire (doses répétées supérieures à 10 grays) : 40 à 70 %.

Séquelles sensitivo-motrices associées (IPP à évaluer globalement prenant en compte cet élément de majoration) : voir barème AT 4.2.4.

9.3.3 - Radio-épithélite aiguë des muqueuses.

Généralement bucco-pharyngée (dose 4 à 8 grays) :

Sans ulcération : guérison ;

Avec ulcération : 5 à 10 %.

9.3.4 - Radio-lésions chroniques des muqueuses : 10 à 40 %.

Éléments de majoration possibles, en fonction de la gêne :

Dyspnée : voir barème MP, Maladies d'origine respiratoire 6 ;

Dysphagie : voir barème AT 8.2 ;

Troubles de l'olfaction : voir barème AT 5.1.4.

9.4 Affections hématologiques

9.4.1 - Irradiations aiguës.

De causalité généralement indiscutable.

Type : irradiation flash de quelques grays en quelques secondes.

L'atteinte du tissu hématopoïétique est présente dans tous les syndromes cliniques secondaires à irradiation aiguë globale et sa gravité est fonction de la dose absorbée.

Généralement, au dessous de 1 gray, la restauration des différentes lignées est habituelle et il ne persiste pas de séquelle immédiate.

Les déficits des globules blancs et des plaquettes sont responsables de la survenue d'infections et d'hémorragies qui, avec les complications thérapeutiques, sont autant d'éléments péjoratifs à apprécier.

Mais le risque majeur est celui de leucémies radio-induites myéloïdes.

Anémie, leucopénie, thrombopénie, syndrome hémorragique : voir barème MP, Affections hématologiques 7.

9.4.2 - Irradiations chroniques.

La causalité peut être discutée dans certains cas mais la réparation médico-légale ne peut échapper au principe de la présomption d'origine.

La remontée des leucocytes et des plaquettes est très lente, d'où chronicité des troubles et les difficultés thérapeutiques.

Le risque de leucémies radio-induites se trouve aggravé et l'inaptitude à tout risque hématologique étant totale, un changement de poste de travail est indispensable.

Anémie, leucopénie, thrombopénie, syndrome hémorragique : voir barème MP, Affections hématologiques 7.

9.4.3 - Leucémies.

Elles s'intègrent dans les effets stochastiques (effets aléatoires) des radiations. Les leucémies radio-induites ne sont pas fonction du type de rayonnement, de son énergie et de la dose absorbée.

Elles ne présentent pas de caractères spécifiques mais on constate généralement des leucémies myéloïdes, aiguës ou chroniques, bien que les leucémies lymphoïdes soient légitimement incluses dans les affections réparables.

Leucémies : 67 à 100 %.

9.5 Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation

Le cancer broncho-pulmonaire par inhalation de produits radioactifs (par irradiation interne) doit être distingué du cancer broncho-pulmonaire par irradiation externe qui, en l'état actuel de la législation, ne peut pas donner lieu à réparation.

Il a été observé avec une certaine fréquence chez les travailleurs des mines d'uranium et d'autres mines métalliques : fer, plomb, zinc, spathfluor, ainsi que chez ceux ayant été exposés aux produits de filiation du radon qui sont particulaires.

Il s'intègre dans les effets stochastiques (effets aléatoires) des radiations ionisantes et ne présente pas de caractères particuliers.

Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation de produits radio-actifs : 100 %.

9.6 Sarcomes osseux

Il s'intègrent dans les effets stochastiques (effets aléatoires) des radiations et peuvent être théoriquement induits par n'importe quel rayonnement ionisant. Un risque réel est constitué par l'incorporation de radionucléides ostéotropes, notamment le radium (216), le phosphore (32)... à l'occasion d'utilisations industrielles ou en laboratoire.

De nombreux facteurs devront être pris en considération :

- la localisation ostéo-sarcomateuse (fémur, maxillaire inférieur, omoplate...) ;
- le bilan d'extension ;
- les résultats thérapeutiques, les possibilités d'appareillage ;
- les séquelles loco-régionales fonctionnelles, les séquelles douloureuses, le retentissement sur l'état général...

Sarcomes osseux : 67 à 100 %.

9.7 Radionécrose osseuse

Affection exceptionnelle, ne pouvant être induite que par des irradiations chroniques externes ou internes importantes, et n'apparaissant qu'après un long laps de temps.

Apprécier les éléments séquellaires, tels que la localisation de la radionécrose, l'état fonctionnel résiduel, les possibilités d'appareillage : voir barème AT, chapitre concerné.

Pour les radionécroses des maxillaires : voir barème AT, Stomatologie (7.2 et 7.3).

Annexes

Annexe II : Tableaux des maladies professionnelles prévus à l'article R. 461-3

Article Annexe II : Tableau n° 1

Affections dues au plomb et à ses composés

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
A. Anémie (hémoglobine sanguine inférieure à 13 g / 100 ml chez l'homme et 12 g / 100 ml chez la femme) avec une ferritinémie normale ou élevée et une plombémie supérieure ou égale à 800 µg / L, confirmée par une deuxième plombémie de même niveau ou par une concentration érythrocytaire de protoporphyrine zinc égale ou supérieure à 40 µg / g d'hémoglobine.	3 mois	Extraction, traitement, préparation, emploi, manipulation du plomb, de ses minerais, de ses alliages, de ses combinaisons et de tout produit en renfermant.
B. Syndrome douloureux abdominal apyrétique avec constipation, avec plombémie égale ou supérieure à 500 µg / L et confirmée par une deuxième plombémie de même niveau ou une concentration érythrocytaire de protoporphyrine zinc égale ou supérieure à 20 µg / g d'hémoglobine.	30 jours	Récupération du vieux plomb. Grattage, brûlage, découpage au chalumeau de matières recouvertes de peintures plombifères.
C. 1. Néphropathie tubulaire, caractérisée par au moins 2 marqueurs biologiques urinaires concordants témoignant d'une atteinte tubulaire proximale (protéinurie de faible poids moléculaire : retinol binding protein (RBP), alpha-1-micro-globulinurie, bêta-2-microglobulinurie...), et associée à une plombémie égale ou supérieure à 400 µg / L, confirmée par une deuxième plombémie de même niveau ou une concentration érythrocytaire de protoporphyrine zinc égale ou supérieure à 20 µg / g d'hémoglobine.	1 an	
C. 2. Néphropathie glomérulaire et tubulo-interstitielle confirmée par une albuminurie supérieure à 200 mg / l et associée à deux plombémies antérieures égales ou supérieures à 600 µg / l après exclusion des affections acquises susceptibles d'entraîner une macro albuminurie (complications d'un diabète).	10 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 10 ans)	
D. 1. Encéphalopathie aiguë associant au moins deux des signes suivants : - hallucinations ; - déficit moteur ou sensitif d'origine centrale ; - amaurose ; - coma ; - convulsions, avec une plombémie égale ou supérieure à 2 000 µg / L.	30 jours	
D. 2. Encéphalopathie chronique caractérisée par des altérations des fonctions cognitives constituées par au moins trois des cinq anomalies suivantes : - ralentissement psychomoteur ; - altération de la dextérité ; - déficit de la mémoire épisodique ; - troubles des fonctions exécutives ; - diminution de l'attention et ne s'aggravant pas après cessation de l'exposition au risque. Le diagnostic d'encéphalopathie toxique sera établi, après exclusion des troubles cognitifs liés à la maladie alcoolique, par des tests psychométriques et sera confirmé par la répétition de ces tests au moins 6 mois plus tard et après au moins 6 mois sans exposition au risque. Cette encéphalopathie s'accompagne d'au moins deux plombémies égales ou supérieures à 400 µg / L au cours des années antérieures.	1 an	
D. 3. Neuropathie périphérique confirmée par un ralentissement de la conduction nerveuse à l'examen électrophysiologique et ne s'aggravant pas après arrêt de l'exposition au risque. L'absence d'aggravation est	1 an	

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
établie par un deuxième examen électrophysiologique pratiqué au moins 6 mois après le premier et après au moins 6 mois sans exposition au risque. La neuropathie périphérique s'accompagne d'une plombémie égale ou supérieure à 700 µg / L confirmée par une deuxième plombémie du même niveau ou une concentration érythrocytaire de protoporphyrine zinc égale ou supérieure à 30 µg / g d'hémoglobine.		
E. Syndrome biologique, caractérisé par une plombémie égale ou supérieure à 500 µg / L associée à une concentration érythrocytaire de protoporphyrine zinc égale ou supérieure à 20 µg / g d'hémoglobine. Ce syndrome doit être confirmé par la répétition des deux examens dans un délai maximal de 2 mois. Les dosages de la plombémie doivent être pratiqués par un organisme habilité conformément à l'article R. 4724-15 du code du travail.	30 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 2

MALADIES PROFESSIONNELLES CAUSEES PAR LE MERCURE ET SES COMPOSES.

Date de création : 27 octobre 1919.

Dernière mise à jour : 6 février 1983

DÉSIGNATION DES maladies	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE provoquer ces maladies
Encéphalopathie aiguë.	10 jours	Extraction, traitement, préparation, emploi, manipulation du mercure, de ses amalgames, de ses combinaisons et de tout produit en renfermant, notamment : - distillation du mercure et récupération du mercure par distillation de résidus industriels ; - fabrication et réparation de thermomètres, baromètres, manomètres, pompes ou trompes à mercure. Emploi du mercure ou de ses composés dans la construction électrique, notamment : - emploi des pompes ou trompes à mercure dans la fabrication des lampes à incandescence, lampes radiophoniques, ampoules radiographiques ; - fabrication et réparation de redresseurs de courant ou de lampes à vapeurs de mercure ; - emploi du mercure comme conducteur dans l'appareillage électrique ; préparation du zinc amalgamé pour les piles électriques ; fabrication et réparation d'accumulateurs électriques au mercure. Emploi du mercure et de ses composés dans l'industrie chimique, notamment : - emploi du mercure ou de ses composés comme agents catalytiques ; - électrolyse avec cathode de mercure au chlorure de sodium ou autres sels. Fabrication des composés du mercure. Préparation, conditionnement et application de spécialités pharmaceutiques ou phyto-pharmaceutiques contenant du mercure ou des composés du mercure. Travail des peaux au moyen de sel de mercure, notamment : - sécrétage des peaux par le nitrate acide de mercure, feutrage des poils sécrétés, naturalisation d'animaux au moyen de sels de mercure. Dorure, argenture, étamage, bronzage, damasquinage à l'aide de mercure ou de sels de mercure. Fabrication et emploi d'amorces au fulminate de mercure. Autres applications et traitements par le mercure et ses sels.
Tremblement intentionnel.	1 an	
Ataxie cérébelleuse.	1 an	
Stomatite.	30 jours	
Coliques et diarrhées.	15 jours	
Néphrite azotémique.	1 an	
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané. »	15 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 3

INTOXICATION PROFESSIONNELLE PAR LE TETRACHLORETHANE

Date de création : 4 janvier 1931. Dernière mise à jour : 21 octobre 1951

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUSCEPTIBLES

		de provoquer ces maladies
Névrite ou polynévrite.	30 jours	Préparation, emploi, manipulation du tétrachloréthane ou des produits en renfermant, notamment : - utilisation comme matière première dans l'industrie chimique, en particulier pour la fabrication du trichloréthylène ; - emploi comme dissolvant, en particulier de l'acétate de cellulose.
Ictère par hépatite, initialement apyrétique.	30 jours	
Hépatonéphrite initialement apyrétique, ictérogène ou non.	30 jours	
Dermites chroniques ou récidivantes.	7 jours	
Accidents nerveux aigus en dehors des cas considérés comme accidents du travail.	3 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 4

HEMOPATHIES PROVOQUEES PAR LE BENZENE ET TOUS LES PRODUITS EN RENFERMANT

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE INDICATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Hypoplasies et aplasies médullaires isolées ou associées (anémie ; leuconeutropénie ; thrombopénie) acquises primitives non réversibles. Syndromes myélodysplasiques acquis et non médicamenteux. Leucémies aiguës myéloblastique et lymphoblastique à l'exclusion des leucémies aiguës avec des antécédents d'hémopathies. Syndromes myéloprolifératifs.	3 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois) 3 ans 20 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois) 20 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Opérations de production, transport et utilisation du benzène et autres produits renfermant du benzène, notamment : - production, extraction, rectification du benzène et des produits en renfermant ; - emploi du benzène et des produits en renfermant pour la production de leurs dérivés, notamment en organosynthèse ; - préparation des carburants renfermant du benzène, transvasement, manipulation de ces carburants, travaux en citerne ; - emplois divers du benzène comme dissolvant des résines naturelles ou synthétiques ;
		- production et emploi de vernis, peintures, émaux, mastics, encre, colles, produits d'entretien renfermant du benzène ; - fabrication de simili-cuir ; - production, manipulation et emploi des dissolutions de caoutchouc naturel ou synthétique, ou des solvants d'avivage contenant du benzène ;
		- autres emplois du benzène ou des produits en renfermant comme agent d'extraction, d'élution, d'imprégnation, d'agglomération ou de nettoyage et comme décapant, dissolvant ou diluant ; - opérations de séchage de tous les produits, articles, préparations, substances où le benzène (ou les produits en renfermant) est intervenu comme agent d'extraction, d'élution, de séparation, d'imprégnation, d'agglomération, de nettoyage, de concentration, et comme décapant, dissolvant ou diluant ;
		- emploi du benzène comme déshydratant des alcools et autres substances liquides ou solides ; - emploi du benzène comme dénaturant ou réactif de laboratoire ; - poste de nettoyage, curage, pompage des boues de fosses de relevage dans le traitement des eaux usées de raffinerie.
Nota. - Pour le détail des syndromes myélodysplasiques et myéloprolifératifs, il convient de se référer à la classification en vigueur des tumeurs des tissus hématopoïétiques et lymphoïdes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).		

Article Annexe II : Tableau n° 4 BIS

AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES PROVOQUEES PAR LE BENZENE, LE TOLUENE, LES XYLENES ET TOUS LES PRODUITS EN RENFERMANT

DÉSIGNATION DES maladies	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer les maladies
Troubles gastro-intestinaux apyrétiques accompagnés de vomissements à répétition.	7 jours	Opérations de production, transport et utilisation du benzène, du toluène, des xylènes et autres produits en renfermant, notamment : - production, extraction, rectification du benzène, du toluène et des xylènes et des produits en renfermant ; - emploi du benzène, du toluène et des xylènes pour la production de leurs dérivés, notamment en organosynthèse. Préparation des carburants renfermant du benzène, du toluène et des xylènes, transvasement, manipulation de ces carburants, travaux en citerne ; - emplois divers du benzène, du toluène et des xylènes comme dissolvants des résines naturelles ou synthétiques ; - production et emploi de vernis, peintures, émaux, mastics, encres, colles, produits d'entretien renfermant du benzène, du toluène et des xylènes ; - fabrication de simili-cuir ; - production, manipulation et emploi des dissolutions de caoutchouc naturel ou synthétique ou des solvants d'avivage contenant du benzène, du toluène, des xylènes ; - autres emplois du benzène, du toluène, des xylènes ou des produits en renfermant comme agents d'extraction, d'éluion, d'imprégnation, d'agglomération ou de nettoyage et comme décapants, dissolvants ou diluants ; - opérations de séchage de tous les produits, articles, préparations, substances où le benzène, le toluène, les xylènes (ou les produits en renfermant) interviennent comme agents d'extraction, d'éluion, de séparation, d'imprégnation, d'agglomération, de nettoyage, de concentration et comme décapants, dissolvants ou diluants ; - emploi du benzène comme déshydratant des alcools et autres substances liquides ou solides ; - emploi du benzène comme dénaturant ou réactif de laboratoire.

Article Annexe II : Tableau n° 5

AFFECTIONS PROFESSIONNELLES LIEES AU CONTACT AVEC LE PHOSPHORE ET LE SESQUISULFURE DE PHOSPHORE

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
A. - Ostéomalacie ou nécrose du maxillaire inférieur.	1 an	Préparation, emploi, manipulation du phosphore et du sesquisulfure de phosphore ; fabrication de certains dérivés du phosphore, notamment des phosphures.
B. - Dermite aiguë irritative, ou eczématiforme récidivant en cas de nouvelle exposition au risque.	15 jours	
C. - Dermite chronique irritative, ou eczématiforme récidivant au contact du sesquisulfure de phosphore.	90 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 6

AFFECTIONS PROVOQUEES PAR LES RAYONNEMENTS IONISANTS.

Date de création : 4 janvier 1931. Dernière mise à jour : 26 juin 1984.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation aiguë.	30 jours	Tous travaux exposant à l'action des rayons X ou des substances radioactives naturelles ou artificielles, ou à toute autre source d'émission corpusculaire, notamment : extraction et traitement des minerais radioactifs ; préparation des substances radioactives ; préparation de produits chimiques et pharmaceutiques radioactifs ; préparation et application de produits luminescents radifères ; recherches ou mesures sur les substances radioactives et les rayons X dans les laboratoires ; fabrication d'appareils pour radiothérapie et d'appareils à rayons X ; travaux exposant les travailleurs au rayonnement dans les hôpitaux, les sanatoriums, les cliniques, les dispensaires, les cabinets médicaux, les cabinets dentaires et radiologiques, dans les maisons de
Anémie, leucopénie, thrombopénie ou syndrome hémorragique consécutifs à une irradiation chronique.	1 an	
Blépharite ou conjonctivite.	7 jours	
Kératite.	1 an	
Cataracte.	10 ans	
Radiodermites aiguës.	60 jours	
Radiodermites chroniques.	10 ans	

Radio-épithéliome aiguë des muqueuses.	60 jours	santé et les centres anticancéreux ; travaux dans toutes les industries ou commerces utilisant les rayons X, les substances radioactives, les substances ou dispositifs émettant les rayonnements indiqués ci-dessus.
Radiolésions chroniques des muqueuses.	5 ans	
Radionécrose osseuse.	30 ans	
Leucémies.	30 ans	
Cancer broncho-pulmonaire primitif par inhalation.	30 ans	
Sarcome osseux.	50 ans	

Article Annexe II : Tableau n° 7

TETANOS PROFESSIONNEL.

Date de création : 18 juillet 1936. Dernière mise à jour : 1er janvier 1947.

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE provoquer cette maladie
Tétanos en dehors des cas consécutifs à un accident du travail.	30 jours	Travaux effectués dans les égouts.

Article Annexe II : Tableau n° 8

AFFECTIONS CAUSEES PAR LES CIMENTS (ALUMINO-SILICATES DE CALCIUM)

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Ulcérations, pyodermites.	30 jours	Fabrication, concassage, broyage, ensachage et transport à dos d'homme des ciments. Fabrication, à l'aide de ciments, de matériaux agglomérés et d'objets moulés. Emploi des ciments dans les chantiers du bâtiment et des travaux publics.
Dermites eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	
Blépharite.	30 jours	
Conjonctivite.	30 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 9

AFFECTIONS PROVOQUEES PAR LES DERIVES HALOGENES DES HYDROCARBURES AROMATIQUES.

Date de création : 18 juillet 1936.

Dernière mise à jour : 26 juin 1984

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Acné.	30 jours	Préparation, emploi, manipulation des chloronaphtalènes et des produits en renfermant, notamment : - fabrication des chloronaphtalènes ; - fabrication de vernis, enduits, produits d'entretien, pâtes à polir, etc., à base de chloronaphtalènes ; - emploi des chloronaphtalènes comme isolants électriques, en particulier dans la fabrication des condensateurs ; - préparation et emploi de lubrifiants de remplacement contenant des chloronaphtalènes. Préparation, emploi, manipulation des polychlorophényles, notamment : - emploi des polychlorophényles comme isolants électriques dans la fabrication et l'entretien des transformateurs et des condensateurs ; - emploi des polychlorophényles
Accidents nerveux aigus causés par le monochlorobenzène et le monobromobenzène.	7 jours	
Porphyrie cutanée tardive, causée par l'hexachlorobenzène, caractérisée par des lésions bulleuses favorisées par l'exposition au soleil et s'accompagnant d'élévation des uroporphyrines dans les urines.	60 jours	

		dans les systèmes caloporteurs et les systèmes hydrauliques. Préparation, emploi, manipulation des polybromobiphényles comme ignifugeants. Préparation, emploi, manipulation du chlorobenzène et du bromobenzène ou des produits en renfermant, notamment : - emploi du chlorobenzène comme agent de dégraissage, comme solvant de pesticides ou comme intermédiaire de synthèse ; - emploi du bromobenzène comme agent de synthèse. Préparation, emploi, manipulation de l'hexachlorobenzène, notamment : - emploi de l'hexachlorobenzène comme fongicide ; - manipulation de l'hexachlorobenzène résiduel dans la synthèse des solvants chlorés.
--	--	--

Article Annexe II : Tableau n° 10

ULCERATIONS ET DERMITES PROVOQUEES PAR L'ACIDE CHROMIQUE, LES CHROMATES ET BICHROMATES ALCALINS, LE CHROMATE DE ZINC ET LE SULFATE DE CHROME.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE provoquer ces maladies
Ulcérations nasales.	30 jours	Préparation, emploi, manipulation de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins, du chromate de zinc et du sulfate de chrome, notamment : - fabrication de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins ; - fabrication de pigments (jaune de chrome, etc.) au moyen de chromates ou bichromates alcalins ; - emploi de bichromates alcalins dans le vernissage d'ébénisterie ; - emploi des chromates ou bichromates alcalins comme mordants en teinture ; - tannage au chrome ; - préparation, par procédés photomécaniques, de clichés pour impression ; - chromage électrolytique des métaux.
Ulcérations cutanées chroniques ou récidivantes.	30 jours	
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 10 bis

Affections respiratoires provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	Chromage électrolytique des métaux ;
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test	7 jours	Fabrication, manipulation, emploi de chromates et bichromates alcalins.

Article Annexe II : Tableau n° 10 ter

AFFECTIONS CANCEREUSES CAUSEES PAR L'ACIDE CHROMIQUE ET LES CHROMATES ET BICHROMATES ALCALINS OU ALCALINOTERREUX AINSI QUE PAR LE CHROMATE DE ZINC.

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES d'engendrer cette maladie
- A -	- A -	- A -
Cancer broncho-pulmonaire primitif.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Fabrication, manipulation et conditionnement de l'acide chromique, de chromates et bichromates alcalins ; fabrication du chromate de zinc ; travaux de mise au bain dans les unités de chromage électrolytique dur.
- B -	- B -	- B -
Cancer des cavités nasales.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Fabrication, manipulation et conditionnement de l'acide chromique, des chromates et bichromates alcalins ; fabrication du chromate de zinc.

Article Annexe II : Tableau n° 11

INTOXICATION PROFESSIONNELLE PAR LE TETRACHLORURE DE CARBONE.

Date de création : 14 décembre 1938.

Dernière mise à jour : 21 octobre 1951

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Néphrite aiguë ou subaiguë avec albuminurie, cylindrurie et azotémie progressive.	30 jours	Préparation, emploi, manipulation du tétrachlorure de carbone ou des produits en renfermant, notamment : - emploi du tétrachlorure de carbone comme dissolvant, en particulier pour l'extraction des matières grasses et pour la teinture-dégraissage ; - remplissage et utilisation des extincteurs au tétrachlorure de carbone.
Hépatonéphrite initialement apyrétique, ictérogène ou non.	30 jours	
Ictère par hépatite, initialement apyrétique.	30 jours	
Dermite irritative.	7 jours	
Accidents nerveux aigus en dehors des cas considérés comme accidents du travail.	3 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 12

Affections professionnelles provoquées par les hydrocarbures aliphatiques halogénés énumérés ci-après : dichlorométhane ; trichlorométhane ; tribromométhane ; triiodométhane ; tétrabromométhane ; chloroéthane ; 1,1-dichloroéthane ; 1,2-dichloroéthane ; 1,2-dibromoéthane ; 1,1,1-trichloroéthane ; 1,1,2-trichloroéthane ; 1,1,2,2-tétrabromoéthane ; pentachloroéthane ; 1-bromopropane ; 2-bromopropane ; 1,2-dichloropropane ; trichloroéthylène ; tétrachloroéthylène ; dichloro-acétylène ; trichlorofluorométhane ; 1,1,2,2-tétrachloro - 1,2-difluoroéthane ; 1,1,1,2-tétrachloro - 2,2-difluoroéthane ; 1,1,2-trichloro - 1,2,2-trifluoroéthane ; 1,1,1-trichloro - 2,2,2-trifluoroéthane ; 1,1-dichloro - 2,2,2-trifluoroéthane ; 1,2-dichloro - 1,1-difluoroéthane ; 1,1-dichloro - 1-fluoroéthane

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
- A -	- A -	- A -
Troubles cardiaques aigus à type d'hyperexcitabilité ventriculaire ou supraventriculaire et disparaissant après l'arrêt de l'exposition au produit.	7 jours	Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après : trichlorométhane, chloroéthane, 1,1-dichloroéthane, 1,1,1-trichloroéthane, trichloroéthylène, tétrachloroéthylène, trichlorofluorométhane, 1,1,2,2-tétrachloro - 1,2-difluoroéthane, 1,1,1,2-tétrachloro - 2,2-difluoroéthane, 1,1,2-trichloro - 1,2,2-trifluoroéthane, 1,1,1-trichloro - 2,2,2-trifluoroéthane, 1,1-dichloro - 2,2,2-trifluoroéthane,

		1,1-dichloro - 2,2,2-trifluoroéthane, 1,2-dichloro - 1,1-difluoroéthane, 1,1-dichloro - 1-fluoroéthane.
- B -	- B -	- B -
Hépatites aiguës cytolytiques à l'exclusion des hépatites virales A, B et C ainsi que des hépatites alcooliques.	30 jours	Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après : trichlorométhane, tribromométhane, triodométhane, tétrabromométhane, 1,2-dichloroéthane, 1,2-dibromoéthane, 1,1,2-trichloroéthane, 1,1,2,2-tétrabromoéthane, pentachloroéthane, 1,2-dichloropropane, 1,1-dichloro - 2,2,2-trifluoroéthane.
- C -	- C -	- C -
Néphropathies tubulaires régressant après l'arrêt de l'exposition.	30 jours	Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après, trichlorométhane, tétrabromométhane, 1,2-dichloroéthane, 1,2-dibromoéthane, pentachloroéthane, 1,2-dichloropropane.
- D -	- D -	- D -
Polyneuropathies (après exclusion de la polyneuropathie alcoolique) ou neuropathies trigéminales, confirmées par des examens électrophysiologiques.	30 jours	Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après : 1-bromopropane, 2-bromopropane, dichloroacétylène (notamment en tant que contaminant du trichloroéthylène).
- E -	- E -	- E -
Neuropathies optiques rétrobulbaires bilatérales confirmées par des examens complémentaires, après exclusion de la neuropathie alcoolique.	30 jours	Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après : dichloroacétylène, notamment en tant que contaminant du trichloroéthylène.
- F -	- F -	- F -
Anémies hémolytiques de survenue brutale.	7 jours	Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après : 1,2-dichloropropane.
- G -	- G -	- G -
Aplasies ou hypoplasies médullaires entraînant :- anémies ; - leucopénies ; - neutropénies.	30 jours	Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après : 2-bromopropane.
- H -	- H -	- H -
Manifestations d'intoxication oxycarbonnée résultant du métabolisme du dichlorométhane, avec une oxycarbonémie supérieure à 15 ml/litre de sang, ou une carboxyhémoglobine supérieure à 10 %.	3 jours	Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après : dichlorométhane.

Article Annexe II : Tableau n° 13

INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES PAR LES DERIVES NITRES ET CHLORONITRES DES CARBURES BENZENIQUES.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Manifestations consécutives à l'intoxication subaiguë ou chronique (cyanose, anémie, subictère).	1 an	Préparation, emploi, manipulation des dérivés nitrés et chloronitrés des hydrocarbures benzéniques, notamment :
Accidents aigus (coma) en dehors des cas considérés comme accidents du travail.	30 jours	- fabrication des dérivés nitrés et chloronitrés du benzène et de ses homologues ; - fabrication des dérivés aminés (aniline et homologues) et de certaines matières colorantes ; - préparation et manipulation d'explosifs. Sont exclues les opérations effectuées à l'intérieur d'appareils rigoureusement clos en marche normale.
Dermites chroniques irritatives ou eczématiformes causées par les dérivés chloronitrés récidivant en cas de nouvelle exposition au risque.	15 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 14

AFFECTIONS PROVOQUEES PAR LES DERIVES NITRES DU PHENOL (DINITROPHENOLS, DINITRO-ORTHO-CRESOLS, DINOSEB), PAR LE PENTACHLOROPHÉNOL, LES PENTACHLOROPHENATES ET PAR LES DERIVES HALOGENES DE L'HYDROXYBENZONITRILE (BROMOXYRIL, IOXYNIL)

Date de création : 14 décembre 1938. Dernière mise à jour : 23 juin 1985.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
A. - Intoxication suraiguë avec hyperthermie, oedème pulmonaire, éventuellement atteinte hépatique, rénale et myocardique.	3 jours	Préparation, emploi, manipulation des dérivés nitrés du phénol (dinitro-phénols, dinitro-orthocrésol, dinoseb, leurs homologues et leurs sels) notamment : - fabrication des produits précités ; - fabrication de matières colorantes au moyen des produits précités ; - préparation et manipulation d'explosifs renfermant l'un ou l'autre des produits précités ; - travaux de désherbage utilisant les produits précités ; - travaux antiparasitaires entraînant la manipulation de ces produits précités. Préparation, emploi, manipulation des dérivés halogénés de l'hydroxybenzotrile notamment : - fabrication des produits précités ; - fabrication et conditionnement des pesticides en contenant. Préparation, manipulation, emploi du pentachlorophénol, des pentachlorophénates » ainsi que des produits en renfermant notamment au cours des travaux ci-après : - trempage du bois ; - empilage du bois fraîchement trempé ; - pulvérisation du produit ; - préparation des peintures en contenant ; - lutte contre les xylophages ; - traitement des charpentes en place par des préparations associant du pentachlorophénol, ses homologues et ses sels à du lindane.
B. - Intoxication aiguë ou subaiguë avec asthénie, amaigrissement rapide, hypersudation suivie d'hyperthermie avec gêne respiratoire.	7 jours	
C. - Manifestations digestives (douleurs abdominales, vomissements, diarrhées) associées à la présence du toxique ou de ses métabolites dans le sang ou les urines.	7 jours	
D. - Irritation des voies aériennes supérieures et conjonctivites.	7 jours	
E. - Dermites irritatives.	7 jours	
F. - Syndrome biologique caractérisé par : Neutropénie franche (moins de 1.000 polynucléaires neutrophiles par mm ³) liée à des préparations associant du pentachlorophénol, ses homologues ou ses sels, à du lindane.	90 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 15

Affections provoquées par les amines aromatiques, leurs sels et leurs dérivés notamment hydroxylés, halogénés, nitrés, nitrosés et sulfonés

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Troubles neurologiques à type de somnolence, narcose, coma.	3 jours	Préparation, emploi, manipulation des amines aromatiques, de leurs sels, de leurs dérivés notamment hydroxylés, halogénés, nitrosés, nitrés et sulfonés.
Cyanose, subictère.	10 jours	
Hémoglobinurie lorsque ces maladies comportent une hémolyse et une méthémoglobinémie (en dehors des cas considérés comme accidents du travail).	10 jours	
Dermites irritatives.	7 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 15 bis

Affections de mécanisme allergique provoquées par les amines aromatiques, leurs sels, leurs dérivés notamment hydroxylés, halogénés, nitrés, nitrosés, sulfonés et les produits qui en contiennent à l'état libre

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Dermite irritative.	7 jours	Utilisation des amines aromatiques, de leurs sels, de leurs dérivés et des produits qui en contiennent à l'état libre, tels que matières colorantes, produits pharmaceutiques, agents de conservation (caoutchouc, élastomères, plastomères), catalyseurs de polymérisation, graisses et huiles minérales.
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.	7 jours	
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test.	7 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 15 ter

Lésions prolifératives de la vessie provoquées par les amines aromatiques suivantes et leurs sels : 4-aminobiphényle et sels (xénylamine) ; 4,4'-diaminobiphényle et sels (benzidine) ; 2-naphtylamine et sels ; 4,4'-méthylène bis (2-chloroaniline) et sels (MBOCA) ; 3,3'-diméthoxybenzidine et sels (o-dianisidine) ; 3,3'-diméthylbenzidine et sels (o-tolidine) ; 2-méthylaniline et sels (o-toluidine) ; 4-chloro-2-méthylaniline et sels (p-chloro-o-toluidine) ; auramine (qualité technique) ; colorants suivants dérivés de la benzidine : CI direct black 38, CI direct blue 6, CI direct brown 95.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Tumeur primitive de l'épithélium urinaire (vessie, voies excrétrices supérieures) confirmée par examen histopathologique ou cytopathologique.	Trente ans (sous réserve d'une durée d'exposition de cinq ans).	Travaux exposant aux amines aromatiques visées, notamment : - travaux de synthèse de colorants dans l'industrie chimique ; - travaux de préparation et de mise en œuvre des colorants dans la fabrication d'encre et de peintures ; - travaux de préparation et de mise en œuvre des colorants dans l'industrie textile, l'imprimerie, l'industrie du cuir et l'industrie papetière ; - travaux de fabrication d'élastomères techniques en polyuréthanes ou en résines époxy utilisant la 4,4'-méthylène bis (2-chloroaniline) et ses sels (MBOCA), notamment comme durcisseur ; - travaux de pesage, de mélangeage et de vulcanisation dans l'industrie du caoutchouc, particulièrement avant 1955.

Article Annexe II : Tableau n° 16

AFFECTIONS CUTANÉES OU AFFECTIONS DES MUQUEUSES PROVOQUÉES PAR LES GOUDRONS DE HOUILLE, LES HUILES DE HOUILLE (COMPRENANT LES FRACTIONS DE DISTILLATION DITES "PHÉNOLIQUES", "NAPHTALÉNIQUES", "ACENAPHTÉNIQUES", "ANTHRACÉNIQUES" ET "CHRYSENIQUES"), LES BRAIS DE HOUILLE ET LES SUIES DE COMBUSTION DU CHARBON

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Dermites eczématiformes récidivant après nouvelle exposition au risque. Dermites photo-toxiques. Conjonctivites photo-toxiques.	7 jours	Préparation, emploi et manipulation des goudrons, huiles et brais de houille et des produits en contenant, notamment dans : - les cokeries ; - les installations de distillations de goudrons de houille ; - la fabrication d'agglomérés de houille ; - la fabrication et l'utilisation de pâtes et revêtements carbonés notamment lors de la fabrication de l'aluminium selon le procédé à anode continue ; - la fabrication d'électrodes de carbone et de graphite ; - la fabrication de carbure et de siliciure de calcium ; - la sidérurgie, lors de l'utilisation des masses de bouchage ; - les fonderies, lors des travaux de moulage et de noyautage, de coulée et de décochage ; - les travaux de ramonage et d'entretien de chaudières et de cheminées ; - les travaux routiers ; - le bâtiment, lors des travaux d'étanchéité, de revêtement de toitures ou terrasses et d'application de peintures au brai ou au goudron ; - l'imprégnation de briques réfractaires.

Article Annexe II : Tableau n° 16 bis

Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
A		A
Epithélioma primitif de la peau.	20 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	1. Travaux comportant la manipulation et l'emploi de goudrons de houille, huiles et brais de houille, exposant habituellement au contact cutané avec les produits précités. 2. Travaux de ramonage et d'entretien de chaudières et foyers à charbon et de leurs cheminées ou conduits d'évacuation, exposant habituellement au contact cutané avec les suies de combustion du charbon.
B		B
Cancer bronchopulmonaire primitif.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	1. Travaux en cokerie de personnels directement affectés à la marche ou à l'entretien des fours ou à la récupération et au traitement des goudrons, exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 2. Travaux ayant exposé habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités dans les unités de production de gaz de ville . 3. Travaux de fabrication de l'aluminium dans les ateliers d'électrolyse selon le procédé à anode continue (procédé Söderberg), exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 4. Travaux de pose de joints à base de brai de houille (pâte chaude) pour la confection ou la réparation de cathodes (brasquage), exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 5. Travaux de mélangeage, de malaxage et de mise en forme lors de la fabrication d'électrodes destinées à la métallurgie, exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 6. Travaux de chargement de pâte en boulets à base de brai ou de soudage de viroles dans le procédé à anode continue en électrometallurgie de ferroalliages, exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 7. Travaux de fabrication par pressage des agglomérés de houille (boulets ou briquettes), exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 8. Travaux de coulée et de décochage en fonderie de fonte ou d'acier utilisant des sables au noir incorporant des brais, exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 9. Travaux de pose de masse à boucher au goudron, et nettoyage et réparation des rigoles de coulée des hauts-fourneaux, exposant habituellement à l'inhalation des émissions des produits précités. 10. Travaux de ramonage et d'entretien de chaudières et foyers à charbon et de leurs cheminées ou conduits d'évacuation, exposant habituellement à l'inhalation des suies de combustion du charbon.
C		C
Tumeur primitive de l'épithélium urinaire (vessie, voies excrétrices supérieures) confirmée par examen histopathologique ou cytopathologique.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	1. Travaux en cokerie de personnels directement affectés à la marche ou à l'entretien des fours exposant habituellement aux produits précités. 2. Travaux de fabrication de l'aluminium dans les ateliers d'électrolyse selon le procédé à anode continue (procédé Söderberg),

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
		impliquant l'emploi et la manipulation habituels des produits précités.
		3. Travaux de ramonage et d'entretien de chaudières et foyers à charbon et de leurs cheminées ou conduits d'évacuation ou à la récupération et au traitement des goudrons, exposant habituellement aux suies de combustion du charbon.
		4. Travaux au poste de vannier avant 1985 comportant l'exposition habituelle à des bitumes goudrons lors de l'application de revêtements routiers.

Article Annexe II : Tableau n° 18

CHARBON.

Date de création : 14 décembre 1938. Dernière mise à jour : 18 février 1967.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Pustule maligne	30 jours	Travaux susceptibles de mettre les ouvriers en contact avec des animaux atteints d'infection charbonneuse ou avec des cadavres de ces animaux. Chargement, déchargement ou transport de marchandises susceptibles d'avoir été souillées par des animaux ou des débris d'animaux.
Oedème malin	30 jours	
Charbon gastro-intestinal	30 jours	
Charbon pulmonaire. (En dehors des cas considérés comme accidents du travail.)	30 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 19

SPIROCHETOSSES (à l'exception des tréponématoses)

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
- A -		- A -
Toute manifestation clinique de leptospirose provoquée par <i>Leptospira interrogans</i> . La maladie doit être confirmée par identification du germe ou à l'aide d'un sérodiagnostic d'agglutination, à un taux considéré comme significatif.	21 jours	Travaux suivants exposant à des animaux susceptibles d'être porteurs de germe et effectués notamment au contact d'eau ou dans des lieux humides, susceptibles d'être souillés par les déjections de ces animaux : a) Travaux effectués dans les mines, carrières (travaux au fond), les tranchées, les tunnels, les galeries, les souterrains ; travaux du génie ; b) Travaux effectués dans les égouts, les caves, les chais ; c) Travaux d'entretien des cours d'eau, canaux, marais, étangs et lacs, bassins de réserve et de lagunage ; d) Travaux d'entretien et de surveillance des parcs aquatiques et stations d'épuration ; e) Travaux de drainage, de curage des fossés, de pose de canalisation d'eau ou d'égout, d'entretien et vidange des fosses et citernes de récupération de déchets organiques ; f) Travaux effectués dans les laiteries, les fromageries, les poissonneries, les cuisines, les fabriques de conserves alimentaires, les brasseries, les fabriques d'aliments du bétail ; g) Travaux effectués dans les abattoirs, les chantiers d'équarrissage, travaux de récupération et exploitation du cinquième quartier des animaux de boucherie ; h) Travaux exécutés sur les

		bateaux, les péniches, les installations portuaires ; travaux de marinières et dockers ; i) Travaux de dératisation et de destruction des rongeurs inféodés au milieu aquatique ; j) Travaux de soins aux animaux vertébrés ; k) Travaux dans les laboratoires de bactériologie ou de parasitologie ; l) Travaux piscicoles de production et d'élevage ; m) Travaux d'encadrement d'activité en milieu aquatique naturel (exception faite du domaine maritime) : activités nautiques, halieutiques, subaquatiques ; n) Travaux d'assistance, de secours et de sauvetage en milieu aquatique naturel (exception faite du domaine maritime) ; o) Travaux de culture de la banane, travaux de coupe de cannes à sucre.
- B -		- B -
Les manifestations cliniques suivantes de borréliose de Lyme : 1. Manifestation primaire : érythème migrant de Lipschutz, avec ou sans signes généraux	30 jours	Travaux suivants exposant à la bactérie infestant des hôtes vecteurs (tiques du genre ixodes) ou des hôtes réservoirs (vertébrés sauvages ou domestiques) et effectués sur toute zone présentant un couvert végétal tel que forêt, bois, bocage, steppe ou lande : expertise agricole et foncière, arpentage et levé de plan ; pose et entretien des lignes électriques, téléphoniques, des réseaux de gaz, d'eau d'assainissement ; construction et entretien des voies de circulation. Travaux de soins aux animaux vertébrés. Travaux mettant au contact de l'agent pathogène ou de son vecteur dans les laboratoires de bactériologie et de parasitologie.
2. Manifestations secondaires Troubles neurologiques : méningite lymphocytaire, parfois isolée ou associée à : - douleurs radiculaires ; - troubles de la sensibilité ; - atteinte des nerfs périphériques et crâniens (syndrome de Garin-Bujadoux-Bannwarth). Troubles cardiaques : troubles de la conduction ; Péricardite. Troubles articulaires : Oligoarthritis régressive.	6 mois	
3. Manifestations tertiaires Encéphalo-myélite progressive. Dermatite chronique atrophiant. Arthrite chronique destructive. Pour les manifestations secondaires et tertiaires, le diagnostic doit être confirmé par une sérologie, à un taux considéré comme significatif pour un des sous-groupes génomiques de Borrelia burgdorferi.	10 ans	

Article Annexe II : Tableau n° 20

AFFECTIONS PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR L'ARSENIC ET SES COMPOSES MINERAUX.

Date de création : 20 décembre 1942. Dernière mise à jour : 23 juin 1985.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
A. - Intoxication aiguë. Insuffisance circulatoire, troubles du rythme, arrêt circulatoire ; Vomissement, diarrhée, syndrome de cytolysse hépatique ; Encéphalopathie ; Troubles de l'hémostase ; Dyspnée aiguë.	7 jours	Tous travaux exposant à la manipulation ou à l'inhalation d'arsenic ou de ses composés minéraux, notamment : - traitement pyro-métallurgique de minerais arsenicaux ; - traitement pyro-métallurgique de métaux non-ferreux arsenicaux ; - fabrication ou emploi de pesticides arsenicaux ; - emploi de composés minéraux arsenicaux dans le travail du cuir, en verrerie, en électronique.
B. - Effets caustiques. Dermite de contact orthoergique, plaies arsenicales ; Stomatite, rhinite, ulcération ou perforation de la cloison nasale ; Conjonctivite, kératite, blépharite.	7 jours	
C. - Intoxication sub-aiguë. Polynévrites ; Mélanodermie ; Dyskératoses palmo-plantaires.	90 jours	
D. - Affections cancéreuses. Dyskératoses lenticulaire en disque (maladie de Bowen) ; Epithélioma cutané primitif ; Angiosarcome du foie.	40 ans	

Article Annexe II : Tableau n° 20 BIS

CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF PROVOQUE PAR L'INHALATION DE POUSSIÈRES OU DE VAPEURS ARSENICALES.

Date de création : 23 juin 1985.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie »
Cancer bronchique primitif.	40 ans	Travaux de pyro-métallurgie exposant à l'inhalation de poussières ou de vapeurs arsenicales. Travaux de fabrication et de conditionnement de l'anhydride arsénieux. Fabrication de pesticides arsenicaux à partir de composés inorganiques pulvérulents de l'arsenic.

Article Annexe II : Tableau n° 20 TER

Cancer bronchique primitif provoqué par l'inhalation de poussières ou de vapeurs renfermant des arseno-pyrites aurifères

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie
Cancer bronchique primitif.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux d'extraction au fond dans les mines de minerais renfermant des arseno-pyrites aurifères. Travaux de concassage et de broyage effectués à sec de minerais renfermant des arseno-pyrites aurifères.

Article Annexe II : Tableau n° 21

INTOXICATION PROFESSIONNELLE PAR L'HYDROGENE ARSENIÉ.

Date de création : 20 décembre 1942. Dernière mise à jour : 15 septembre 1955.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Hémoglobinurie.	15 jours	Travaux exposant aux émanations d'hydrogène arsénié, notamment : - traitement des minerais arsenicaux ; - préparation et emploi des arséniures métalliques ; - décapage des métaux ; - détartrage des chaudières ; - gonflement des ballons avec de l'hydrogène impur.
Ictère avec hémolyse.	15 jours	
Néphrite azotémique.	30 jours	
Accidents aigus (coma), en dehors des cas considérés comme accidents du travail.	3 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 22

SULFOCARBONISME PROFESSIONNEL

Date de création : 18 juillet 1945. Dernière mise à jour : 15 septembre 1955.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Syndrome aigu neuro-digestif se manifestant par vomissements, gastralgies violentes, diarrhée avec délire et céphalée intense.	Accidents aigus : 30 jours Intoxications subaiguës ou chroniques : 1 an	Préparation, manipulation, emploi du sulfure de carbone et des produits en renfermant, notamment : - fabrication du sulfure de carbone et de ses dérivés ; - préparation de la viscosité et toutes fabrications utilisant la régénération de la cellulose par décomposition de la viscosité, telles

Troubles psychiques aigus avec confusion mentale, délire onirique.	que fabrication de textiles artificiels et de pellicules cellulosiques ; - extraction du soufre, vulcanisation à froid du caoutchouc au moyen de dissolution de soufre ou de chlorure de soufre dans le sulfure de carbone ; - préparation et emploi des dissolutions du caoutchouc dans le sulfure de carbone ; - emploi du sulfure de carbone dissolvant de la gutta-percha, des résines, des cires, des matières grasses, des huiles essentielles et autres substances.
Troubles psychiques chroniques avec états dépressifs et impulsions morbides.	
Polynévrites et névrites, quel qu'en soit le degré, avec troubles des réactions électriques (notamment chronaximétriques).	
Névrite optique.	

Article Annexe II : Tableau n° 23

NYSTAGMUS PROFESSIONNEL

Date de création : 18 juillet 1945.

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI DE prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie
Nystagmus	1 an	Travaux exécutés dans les mines.

Article Annexe II : Tableau n° 24

BRUCELLOSES PROFESSIONNELLES.

Date de création : 18 juillet 1945.

Dernière mise à jour : 28 janvier 1982

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Brucellose aiguë avec septicémie : tableau de fièvre ondulante sudoro-algique ; tableau pseudo-grippal ; tableau pseudo-typhoïdique.	2 mois	Travaux exposant au contact avec des caprins, ovins, bovins, porcins, avec leurs produits ou leurs déjections.
Brucellose subaiguë avec focalisation : monoarthrite aiguë fébrile, polyarthrite ; bronchite, pneumopathie ; réaction neuro-méningée ; formes hépato-spléniques subaiguës.	2 mois	Travaux exécutés dans les laboratoires servant au diagnostic de la brucellose, à la préparation des antigènes brucelliens ou des vaccins anti-brucelliens, ainsi que dans les laboratoires vétérinaires.
Brucellose chronique : arthrite séreuse ou suppurée, ostéo-arthrite, ostéite, spondylodiscite, sacrocoxite ; orchite, épидидymite, prostatite, salpingite ; bronchite, pneumopathie, pleurésie sérofibrineuse ou purulente ; hépatite ; anémie, purpura, hémorragie, adénopathie ; néphrite ; endocardite, phlébite ; réaction méningée, méningite, arachnoïdite, méningo-encéphalite, myélite, névrite radiculaire ; manifestations cutanées d'allergie ; manifestations psychopathologiques : asthénie profonde associée ou non à un syndrome dépressif.	1 an	

NOTA - L'origine brucellienne des manifestations aiguës ou subaiguës est démontrée par l'isolement du germe, ou par les résultats combinés de deux réactions sérologiques utilisées par l'organisation mondiale de la santé (OMS) quel que soit leur taux.

Les manifestations chroniques de la brucellose doivent être associées à une intradermo-réaction positive à un allergène brucellien avec ou sans réaction sérologique positive.

Article Annexe II : Tableau n° 25

AFFECTIONS CONSECUTIVES A L'INHALATION DE POUSSIÈRES MINÉRALES RENFERMANT DE LA SILICE CRISTALLINE (QUARTZ, CRISTOBALITE, TRIDYMITE), DES SILICATES CRISTALLINS (KAOLIN, TALC), DU GRAPHITE OU DE LA HOUILLE

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
- A -	- A -	- A -
Affections dues à l'inhalation de poussières de silice cristalline : quartz, cristobalite, tridymite.		Travaux exposant à l'inhalation des poussières renfermant de la silice cristalline, notamment : Travaux dans les chantiers et installations de forage, d'abattage, d'extraction et de transport de minerais ou de roches renfermant de la silice cristalline ; Travaux en chantiers de creusement de galeries et fonçage de puits ou de bures dans les mines ; Concassage, broyage, tamisage et manipulation effectués à sec, de minerais ou de roches renfermant de la silice cristalline. Taille et polissage de roches renfermant de la silice cristalline ; Fabrication et manutention de produits abrasifs, de poudres à nettoyer ou autres produits renfermant de la silice cristalline ; Travaux de ponçage et sciage à sec de matériaux renfermant de la silice cristalline ; Extraction, refente, taillage, lissage et polissage de l'ardoise ; Utilisation de poudre d'ardoise (schiste en poudre) comme charge en caoutchouterie ou dans la préparation de mastic ou aggloméré ; Fabrication de carborundum, de verre, de porcelaine, de faïence et autres produits céramiques et de produits réfractaires ; Travaux de fonderie exposant aux poussières de sables renfermant de la silice cristalline : décochage, ébarbage et dessablage ; Travaux de meulage, polissage, aiguisage effectués à sec, au moyen de meules renfermant de la silice cristalline ; Travaux de décapage ou de polissage au jet de sable contenant de la silice cristalline ; Travaux de construction, d'entretien et de démolition exposant à l'inhalation de poussières renfermant de la silice cristalline ; Travaux de calcination de terres à diatomées et utilisations des produits de cette calcination ; Travaux de confection de prothèses dentaires.
A1. - Silicose aiguë : pneumoconiose caractérisée par des lésions alvéolo-interstitielles bilatérales mises en évidence par des examens radiographiques ou tomodensitométriques ou par des constatations anatomopathologiques (lipo-protéinose) lorsqu'elles existent ; ces signes ou ces constatations s'accompagnent de troubles fonctionnels respiratoires d'évolution rapide.	A1. - 6 mois (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 6 mois)	
A2. - Silicose chronique : pneumoconiose caractérisée par des lésions interstitielles micronodulaires ou nodulaires bilatérales révélées par des examens radiographiques ou tomodensitométriques ou par des constatations anatomopathologiques lorsqu'elles existent ; ces signes ou ces constatations s'accompagnent ou non de troubles fonctionnels respiratoires. Complications : - cardiaque : insuffisance ventriculaire droite caractérisée. - pleuro-pulmonaires : tuberculose et autre mycobactériose (<i>Mycobacterium xenopi</i> , <i>M. avium</i> intracellulaire, <i>M. kansasii</i>) surajoutée et caractérisée ; nécrose cavitaire aseptique d'une masse pseudotumorale ; aspergillose intracavitaire confirmée par la sérologie ; - non spécifiques : pneumothorax spontané ; surinfection ou suppuration bactérienne bronchopulmonaire, subaiguë ou chronique. Manifestations pathologiques associées à des signes radiologiques ou des lésions de nature silicotique : - cancer bronchopulmonaire primitif ; - lésions pleuro-pneumoconiotiques à type rhumatoïde (syndrome de Caplan-Collinet).	A2. - 35 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 5 ans)	
A3. - Sclérodémie systémique progressive.	A3. - 15 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 10 ans)	
- B -	- B -	- B -
Affections dues à l'inhalation de poussières minérales renfermant des silicates cristallins (kaolin, talc) ou du graphite :	35 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 10 ans)	Travaux exposant à l'inhalation de poussières minérales renfermant des silicates cristallins (kaolin, talc) ou du graphite, notamment :
Pneumoconioses caractérisées par des lésions interstitielles bilatérales révélées par des examens radiographiques ou tomodensitométriques ou par des constatations anatomopathologiques lorsqu'elles existent, que ces signes radiologiques ou ces constatations s'accompagnent ou non de troubles fonctionnels respiratoires :		
B1. - Kaolinose.		B1. - Travaux d'extraction, de broyage et utilisation industrielle du kaolin : faïence, poterie.
B2. - Talcose.		B2. - Travaux d'extraction, de broyage, de conditionnement du talc ; Utilisation du talc comme

		lubrifiant ou comme charge dans l'apprêt du papier, dans la préparation de poudres cosmétiques, dans les mélanges de caoutchouterie et dans certaines peintures.
B3. - Graphitose.		B3. - Manipulation, broyage, conditionnement, usinage, utilisation du graphite, notamment comme réfractaire ; Fabrication d'électrodes.
- C -	- C -	- C -
Affections dues à l'inhalation de poussières de houille :		Travaux exposant à l'inhalation de poussières de houille, notamment : travaux au fond dans les mines de houille.
C1. - Pneumoconiose caractérisée par des lésions interstitielles bilatérales révélées par des examens radiographiques ou tomodensitométriques ou par des constatations anatomo-pathologiques lorsqu'elles existent, que ces signes radiologiques ou ces constatations s'accompagnent ou non de troubles fonctionnels respiratoires.	C1. - 35 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 10 ans)	
Complications : - cardiaque : insuffisance ventriculaire droite caractérisée ; - pleuro-pulmonaires : tuberculose et autre mycobactériose (<i>Mycobacterium xenopi</i> , <i>M. avium</i> intracellulare, <i>M. kansasii</i>) surajoutée et caractérisée ; nécrose cavitaires aseptiques d'une masse pseudotumorale ; aspergillose intracavitaire confirmée par la sérologie ; - non spécifiques : surinfection ou suppuration bactérienne bronchopulmonaire, subaiguë ou chronique ; pneumothorax spontané. Manifestations pathologiques associées : - lésions pleuro-pneumoconiotiques à type rhumatoïde (syndrome de Caplan-Collinet).		
C2. - Fibrose interstitielle pulmonaire diffuse non régressive, d'apparence primitive. Cette affection doit être confirmée par un examen radiographique ou par tomodensitométrie en coupes millimétriques ou par des constatations anatomopathologiques lorsqu'elles existent.	C2. - 35 ans (sous réserve d'une durée minimale d'exposition de 10 ans)	
Complications de cette affection : - insuffisance respiratoire chronique caractérisée ; insuffisance ventriculaire droite caractérisée ; tuberculose et autre mycobactériose (<i>Mycobacterium xenopi</i> , <i>M. avium</i> intracellulare, <i>M. kansasii</i>) surajoutée et caractérisée ; pneumothorax spontané.		

Article Annexe II : Tableau n° 26

INTOXICATION PROFESSIONNELLE PAR LE BROMURE DE METHYLE.

Date de création : 19 mars 1948.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Troubles encéphalo-médullaires : Tremblements intentionnels. Myoclonies. Crises épileptiformes. Ataxies. Aphasie et dysarthrie. Accès confusionnels. Anxiété pantophobique. Dépression mélancolique.	7 jours	Préparation, manipulation, emploi du bromure de méthyle ou des produits en renfermant, notamment : Préparation du bromure de méthyle. Préparation de produits chimiques pharmaceutiques au moyen du bromure de méthyle. Remplissage et utilisation des extincteurs au bromure de méthyle. Emploi du bromure de méthyle comme agent de désinsectisation et de dératisation.
Troubles oculaires : Amaurose ou amblyopie. Diplopie.	7 jours	
Troubles auriculaires : Hyperacousie. Vertiges et troubles labyrinthiques.	7 jours	
Accidents aigus (en dehors des cas considérés comme accidents du travail) : Crises épileptiques. Coma.	7 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 27

INTOXICATION PROFESSIONNELLE PAR LE CHLORURE DE METHYLE.

Date de création : 19 mars 1948.

Dernière mise à jour : 15 septembre 1955

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Vertiges.	7 jours	Préparation, emploi et manipulation du chlorure de méthyle, notamment : réparation des appareils frigorifiques.
Amnésie.	7 jours	
Amblyopie.	7 jours	
Ataxie.	7 jours	
Accidents aigus (coma, délire) en dehors des cas considérés comme accidents du travail.	3 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 28

ANKYLOSTOMOSE PROFESSIONNELLE

ANEMIE ENGENDREE PAR L'ANKYLOSTOMOSE DUODENALE

Date de création : 11 février 1949.

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie
Anémie, confirmée par la présence de plus de 200 œufs d'ankylostome par centimètre cube de selles, un nombre de globules rouges égal ou inférieur à 3 500 000 par millimètre cube et un taux d'hémoglobine inférieur à 70 %.	3 mois	Travaux souterrains effectués à des températures égales ou supérieures à 20 °C.

Article Annexe II : Tableau n° 29

LESIONS PROVOQUEES PAR DES TRAVAUX EFFECTUES DANS LES MILIEUX OU LA PRESSION EST SUPERIEURE A LA PRESSION ATMOSPHERIQUE.

Date de création : 11 février 1949.

Dernière mise à jour : 19 juin 1977

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Ostéonécrose avec ou sans atteinte articulaire intéressant l'épaule, la hanche et le genou, confirmée par l'aspect radiologique des lésions.	20 ans	Travaux effectués par les tubistes. Travaux effectués par les scaphandriers. Travaux effectués par les plongeurs munis ou non d'appareils respiratoires individuels. Interventions en milieu hyperbare.
Syndrome vertigineux confirmé par épreuve labyrinthique.	3 mois	
Otite moyenne subaiguë ou chronique.	3 mois	
Hypoacousie par lésion cochléaire irréversible, s'accompagnant ou non de troubles labyrinthiques et ne s'aggravant pas après arrêt d'exposition au risque. Le diagnostic sera confirmé par une audiométrie tonale et vocale effectuée de six mois à un an après la première constatation.	1 an	

Article Annexe II : Tableau n° 30

AFFECTIONS PROFESSIONNELLE CONSECUTIVES A L'INHALATION DES POUSSIERES D'AMIANTE.

Date de création : 3 août 1945.

Dernière mise à jour : 23 juin 1985.

Délais de prise en charge fixés sous réserve des dispositions des articles D. 461-5 à D. 461-24 et notamment des articles D. 461-23 et D. 461-24.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
		Cette liste est commune à l'ensemble des affections désignées aux paragraphes A, B, C, D et E
A. - Asbestose : fibrose pulmonaire diagnostiquée sur des signes radiologiques spécifiques, qu'il y ait ou non des modifications des explorations fonctionnelles respiratoires. Complications : insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance ventriculaire droite.	35 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 2 ans)	Travaux exposant à l'inhalation de poussières d'amiante, notamment : - extraction, manipulation et traitement de minerais et roches amiantifères. Manipulation et utilisation de l'amiante brut dans les opérations de fabrication suivantes : - amiante-ciment ; amiante-plastique ; amiante-textile ; amiante-caoutchouc ; carton, papier et feutre d'amiante enduit ; feuilles et joints en amiante ; garnitures de friction contenant de l'amiante ; produits moulés ou en matériaux à base d'amiante et isolants. Travaux de cardage, filage, tissage d'amiante et confection de produits contenant de l'amiante. Application, destruction et élimination de produits à base d'amiante : - amiante projeté ; calorifugeage au moyen de produits contenant de l'amiante ; démolition d'appareils et de matériaux contenant de l'amiante, déflocage. Travaux de pose et de dépose de calorifugeage contenant de l'amiante. Travaux d'équipement, d'entretien ou de maintenance effectués sur des matériels ou dans des locaux et annexes revêtus ou contenant des matériaux à base d'amiante. Conduite de four. Travaux nécessitant le port habituel de vêtements contenant de l'amiante.
B. - Lésions pleurales bénignes avec ou sans modifications des explorations fonctionnelles respiratoires :		
- plaques calcifiées ou non péricardiques ou pleurales, unilatérales ou bilatérales, lorsqu'elles sont confirmées par un examen tomодensitométrique ;	40 ans	
- pleurésie exsudative ;	35 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	
- épaissement de la plèvre viscérale, soit diffus soit localisé lorsqu'il est associé à des bandes parenchymateuses ou à une atélectasie par enroulement. Ces anomalies constatées devront être confirmées par un examen tomодensitométrique.	35 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	
C. - Dégénérescence maligne bronchopulmonaire compliquant les lésions parenchymateuses et pleurales bénignes ci-dessus mentionnées.	35 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	
D. - Mésothéliome malin primitif de la plèvre, du péritoine, du péricarde.	40 ans	
E. - Autres tumeurs pleurales primitives.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	

Article Annexe II : Tableau n° 30 bis

CANCER BRONCHO-PULMONAIRE PROVOQUE PAR L'INHALATION DE POUSSIERES D'AMIANTE.

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie
Cancer broncho-pulmonaire primitif.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux directement associés à la production des matériaux contenant de l'amiante.
		Travaux nécessitant l'utilisation d'amiante en vrac.
		Travaux d'isolation utilisant des matériaux contenant de l'amiante.
		Travaux de retrait d'amiante.
		Travaux de pose et de dépose de matériaux isolants à base d'amiante.
		Travaux de construction et de réparation navale.
		Travaux d'usinage, de découpe et de ponçage de matériaux contenant de l'amiante.
		Fabrication de matériels de friction contenant de l'amiante.
		Travaux d'entretien ou de maintenance effectués sur des équipements contenant des matériaux à base d'amiante.

Article Annexe II : Tableau n° 31

MALADIES PROFESSIONNELLES ENGENDREES PAR LES AMINOGLYCOSIDES, NOTAMMENT PAR LA STREPTOMYCINE, PAR LA NEOMYCINE ET LEURS SELS

Date de création : 2 septembre 1950.

Dernière mise à jour : 6 février 1983

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer cette maladie
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	Travaux comportant la manipulation ou l'emploi d'aminoglycosides, notamment la streptomycine et la néomycine et leurs sels.

Article Annexe II : Tableau n° 32

AFFECTIONS PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR LE FLUOR, L'ACIDE FLUORHYDRIQUE ET SES SELS MINERAUX.

Date de création : 21 octobre 1951.

Dernière mise à jour : 6 février 1983

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
A. - Manifestations locales aiguës : Dermites. Brûlures chimiques. Conjonctivites. Manifestations irritatives des voies aériennes supérieures. Bronchopneumopathies aiguës, œdème aigu du poumon.	5 jours	Tous travaux mettant en contact avec le fluor, l'acide fluorhydrique et ses sels minéraux, notamment : Fabrication et manipulation des fluorures inorganiques ; Electrometallurgie de l'aluminium ; Fabrication des fluorocarbones ; Fabrication des superphosphates.
B. - Manifestations chroniques : Syndrome ostéo-ligamentaire douloureux ou non, comportant nécessairement une ostéo-condensation diffuse et associé à des calcifications des ligaments sacrosciatiques ou des membranes interosseuses, radiocubitale ou obturatrice.	10 ans sous réserve d'une durée d'exposition de 8 ans	

Article Annexe II : Tableau n° 33

MALADIES PROFESSIONNELLES DUES AU BERYLLIUM ET A SES COMPOSES.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
A. - Manifestations locales :		Travaux exposant au béryllium et à ses composés, notamment : - broyage et traitement du minerai de béryllium (béryl) ; - fabrication et usinage du béryllium, de ses alliages et de ses combinaisons ; - fabrication et utilisation de poudres à base de sels de béryllium destinées au revêtement intérieur des tubes à fluorescence.
Dermite aiguë ou eczématiforme récidivant en cas de nouvelle exposition au risque	15 jours	
Conjonctivite aiguë ou récidivante	5 jours	
B. - Manifestations générales :		
Bronchopneumopathie aiguë ou subaiguë diffuse avec apparition retardée de signes radiologiques le plus souvent discrets.	30 jours	
Fibrose pulmonaire diffuse avec signes radiologiques, troubles fonctionnels et signes généraux (amaigrissement, fatigue), confirmée par des épreuves fonctionnelles	25 ans	

respiratoires, y compris les complications cardiaques (insuffisance ventriculaire droite) et les complications pleuropulmonaires secondaires (pneumothorax spontané).		
---	--	--

Article Annexe II : Tableau n° 34

Affections provoquées par les phosphates, pyrophosphates et thiophosphates d'alcoyle, d'aryle ou d'alcoylaryle et autres organophosphores, anticholinestérasiques ainsi que par les phosphoramides et carbamates hétérocycliques anticholinestérasiques

Date de création : 21 octobre 1951.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
A. - Troubles digestifs : crampes abdominales, hypersalivation, nausées ou vomissements, diarrhée.	3 jours	Toute préparation ou manipulation des phosphates, pyrophosphates et thiophosphates d'alcoyle, d'aryle ou d'alcoylaryle et autres organophosphorés anticholinestérasiques ainsi que des phosphoramides et carbamates hétérocycliques anticholinestérasiques.
B. - Troubles respiratoires : dyspnée asthmatiforme, oedème broncho-alvéolaire.	3 jours	
C. - Troubles nerveux : céphalées, vertiges, confusion mentale accompagnée de myosis.	3 jours	
D. - Troubles généraux et vasculaires : asthénie, bradycardie et hypotension, amblyopie. Le diagnostic sera confirmé dans tous les cas (A B, C, D) par un abaissement significatif du taux de la cholinestérase sérique et de l'acétylcholinestérase des globules rouges, à l'exception des affections professionnelles provoquées par les carbamates.	3 jours	
E. - Syndrome biologique caractérisé par un abaissement significatif de l'acétylcholinestérase des globules rouges.	3 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 36

AFFECTIONS PROVOQUEES PAR LES HUILES ET GRAISSES D'ORIGINE MINERALE OU DE SYNTHESE

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
- A -		- A -
Papulo-pustules multiples et leurs complications furoncleuses (les lésions sont habituellement localisées à la face dorsale des mains et des bras et à la partie antérieure des cuisses et sont parfois étendues aux régions en contact direct avec les parties des vêtements de travail imprégnées d'huile ou de fluide).	7 jours	Manipulation et emploi de ces huiles et graisses d'origine minérale ou de synthèse lors des travaux suivants : - tournage, décolletage, fraisage, perçage, alésage, taraudage, filetage, sciage, rectification et, d'une façon générale, tous travaux d'usinage mécanique des métaux comportant l'emploi de ces produits ; - tréfilage, forgeage, laminage, trempe à l'huile dans l'industrie métallurgique ; - travaux d'entretien, de réparation et de mise au point mécanique comportant l'emploi d'huiles de moteurs, d'huiles utilisées comme composants de fluides hydrauliques, de fluides hydrauliques et autres lubrifiants ; - travaux du bâtiment et des travaux publics comportant l'emploi des huiles de décoffrage du béton ; - travaux comportant la pulvérisation d'huile minérale ; - travaux comportant l'emploi d'huiles d'extension dans l'industrie du caoutchouc, d'huiles d'ensimage de fibres textiles ou de fibres minérales, d'huiles de démoulage et d'encres grasses dans l'imprimerie.
Dermite irritative.	7 jours	
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	
- B -		- B -
Granulome cutané avec réaction gigantomégacléculaire.	1 mois	Travaux comportant la pulvérisation d'huiles minérales.
- C -		- C -
Insuffisance respiratoire liée à un granulome pulmonaire confirmé médicalement ou à une pneumopathie dont la relation avec l'huile minérale ou la paraffine est confirmée par la présence au sein des macrophages alvéolaires	6 mois	Travaux de paraffinage et travaux exposant à l'inhalation de brouillards d'huile minérale.

de vacuoles intracytoplasmiques prenant les colorations usuelles des lipides.

Article Annexe II : Tableau n° 36 bis

Affections cancéreuses provoquées par les dérivés suivants du pétrole : huiles minérales peu ou non raffinées et huiles minérales régénérées utilisées dans les opérations d'usinage et de traitement des métaux, extraits aromatiques, résidus de craquage, huiles moteur usagées ainsi que suies de combustion des produits pétroliers

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Epithélioma primitif de la peau.	30 ans (sous réserve d'une durée d'exposition minimale de 10 ans)	1. Travaux d'usinage par enlèvement ou déformation de matière ou travaux de traitement des métaux et alliages exposant habituellement au contact cutané avec des huiles minérales peu ou non raffinées, ou régénérées.
		2. Travaux exposant habituellement au contact cutané avec des extraits aromatiques pétroliers utilisés notamment comme huiles d'extension, d'ensimage, de démoulage, ou comme fluxant des bitumes.
		3. Travaux exposant habituellement au contact cutané avec des résidus de craquage utilisés notamment comme liants ou fluidifiants et avec des huiles moteur usagées.
		4. Travaux de ramonage et de nettoyage de chaudières et de cheminées exposant habituellement au contact cutané avec des suies de combustion de produits pétroliers.

Article Annexe II : Tableau n° 37

AFFECTIONS CUTANÉES PROFESSIONNELLES CAUSÉES PAR LES OXYDES ET LES SELS DE NICKEL.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Dermites eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque épicutané ou confirmées par un test.	15 jours	Nickelage électrolytique des métaux.

Article Annexe II : Tableau n° 37 bis

Affections respiratoires causées par les oxydes et les sels de nickel.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Dermites eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque épicutané ou confirmées par un test.	15 jours	Nickelage électrolytique des métaux.

Article Annexe II : Tableau n° 37 TER

CANCERS PROVOQUES PAR LES OPERATIONS DE GRILLAGE DES MATTES DE NICKEL

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Cancer primitif de l'ethmoïde et des sinus de la face.	40 ans	Opérations de grillage de mattes de nickel.
Cancer bronchique primitif.		

Article Annexe II : Tableau n° 38

MALADIES PROFESSIONNELLES ENGENDREES PAR LA CHLORPROMAZINE.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	Travaux comportant la manipulation ou l'emploi de la chlorpromazine, notamment : - travaux de conditionnement de la chlorpromazine ; - application des traitements à la chlorpromazine.
Conjonctivite aiguë bilatérale.	7 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 39

MALADIES PROFESSIONNELLES ENGENDREES PAR LE BIOXYDE DE MANGANESE

Date de création : 9 janvier 1958.

Dernière mise à jour :

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Syndrome neurologique du type parkinsonien.	1 an	Extraction, concassage, broyage, tamisage, ensilage et mélange à l'état sec du bioxyde de manganèse, notamment dans la fabrication des piles électriques.
		Emploi du bioxyde de manganèse pour le vieillissement des tuiles.
		Emploi du bioxyde de manganèse pour la fabrication du verre.
		Broyage et ensilage des scories Thomas renfermant du bioxyde de manganèse.

Article Annexe II : Tableau n° 40

Maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques

(Mycobacterium avium/intracellulare, Mycobacterium kansasii, Mycobacterium xenopi, Mycobacterium marinum, Mycobacterium fortuitum)

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
- A -		- A -
Affections dues à Mycobacterium bovis :		Travaux exposant au contact d'animaux susceptibles d'être porteurs de bacilles bovins ou exécutés dans des installations où ont séjourné de tels animaux.
Tuberculose cutanée ou sous-cutanée	6 mois	Travaux exécutés dans les abattoirs, les boucheries, les charcuteries, les triperies ou boyauderies, les entreprises d'équarrissage.
Tuberculose ganglionnaire	6 mois	Manipulation ou traitement du sang, des glandes, des os, des cornes, des cuirs verts.
Synovite, ostéo-arthrite	1 an	Soins vétérinaires.
Autres localisations	6 mois	
A défaut de preuves bactériologiques, le diagnostic devra s'appuyer sur des examens anatomo-pathologiques ou d'imagerie, ou à défaut, par traitement d'épreuve spécifique.		Travaux de laboratoire de biologie.
- B -		- B -
Affections dues à Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum : - infection tuberculeuse latente ; - tuberculose pulmonaire ou pleurale ; - tuberculose extra-thoracique. L'infection tuberculeuse latente sera attestée par l'évolution des tests tuberculiques (IDR et/ou IGRA). L'étiologie des autres pathologies devra s'appuyer, à défaut de preuves bactériologiques, sur des examens anatomo-pathologiques ou d'imagerie, ou à défaut, par traitement d'épreuve spécifique.	6 mois	Travaux de laboratoire de bactériologie. Travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou des services sociaux, mettant le personnel au contact de produits contaminés ou de malades dont les examens bactériologiques ont été positifs.
- C -		- C -
Infections dues à Mycobacterium avium intracellulare, Mycobacterium kansasii, Mycobacterium xenopi. Pneumopathies chroniques dont l'étiologie doit être confirmée par des examens bactériologiques.	6 mois	Travaux de laboratoire de bactériologie. Travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou des services sociaux, mettant le personnel au contact de produits contaminés ou de malades dont les examens bactériologiques ont été positifs.
- D -		- D -
Affections cutanées dues à Mycobacterium marinum et fortuitum. Infection cutanée granulomateuse ulcéreuse prolongée dont l'étiologie doit être confirmée par des examens bactériologiques.	30 jours	Travaux en milieu aquatique mettant en contact avec des eaux contaminées. Travaux d'entretien des piscines et aquarium.

Article Annexe II : Tableau n° 41

Maladies engendrées par les bêta-lactamines (notamment pénicillines et leurs sels) et les céphalosporines

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané	15 jours	Travaux comportant la préparation ou l'emploi des bêta-lactamines (notamment pénicillines et leurs sels) ou des céphalosporines, notamment : - travaux de conditionnement ; - application des traitements.
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test	7 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 42

Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
<p>Hypoacousie de perception par lésion cochléaire irréversible, accompagnée ou non d'acouphènes.</p> <p>Cette hypoacousie est caractérisée par un déficit audiométrique bilatéral, le plus souvent symétrique et affectant préférentiellement les fréquences élevées.</p> <p>Le diagnostic de cette hypoacousie est établi : par une audiométrie tonale liminaire et une audiométrie vocale qui doivent être concordantes ; - en cas de non-concordance : par une impédancemétrie et recherche du réflexe stapédien ou, à défaut, par l'étude du suivi audiométrique professionnel.</p> <p>Ces examens doivent être réalisés en cabine insonorisée, avec un audiomètre calibré.</p> <p>Cette audiométrie diagnostique est réalisée après une cessation d'exposition au bruit lésionnel d'au moins 3 jours et doit faire apparaître sur la meilleure oreille un déficit d'au moins 35 dB. Ce déficit est la moyenne des déficits mesurés sur les fréquences 500, 1000, 2000 et 4000 Hertz.</p> <p>Aucune aggravation de cette surdité professionnelle ne peut être prise en compte, sauf en cas de nouvelle exposition au bruit lésionnel.</p>	<p>1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an, réduite à 30 jours en ce qui concerne la mise au point des propulseurs, réacteurs et moteurs thermiques)</p>	<p>Exposition aux bruits lésionnels provoqués par : 1. Les travaux sur métaux par percussion, abrasion ou projection tels que : - le décolletage, l'emboutissage, l'estampage, le broyage, le fraisage, le martelage, le burinage, le rivetage, le laminage, l'étrépage, le tréfilage, le découpage, le sciage, le cisailage, le tronçonnage ; - l'ébarbage, le grenailage manuel, le sablage manuel, le meulage, le polissage, le gougeage et le découpage par procédé arc-air, la métallisation. 2. Le câblage, le toronnage, le bobinage de fils d'acier. 3. L'utilisation de marteaux et perforateurs pneumatiques. 4. La manutention mécanisée de récipients métalliques. 5. Les travaux de verrerie à proximité des fours, machines de fabrication, broyeurs et concasseurs ; l'embouteillage. 6. Le tissage sur métiers ou machines à tisser, les travaux sur peigneuses, machines à filer incluant le passage sur bancs à broches, retordeuses, moulineuses, bobineuses de fibres textiles. 7. La mise au point, les essais et l'utilisation des propulseurs, réacteurs, moteurs thermiques, groupes électrogènes, groupes hydrauliques, installations de compression ou de détente fonctionnant à des pressions différentes de la pression atmosphérique, ainsi que des moteurs électriques de puissance comprise entre 11 kW et 55 kW s'ils fonctionnent à plus de 2 360 tours par minute, de ceux dont la puissance est comprise entre 55 kW et 220 kW s'ils fonctionnent à plus de 1 320 tours par minute et de ceux dont la puissance dépasse 220 kW. 8. L'emploi ou la destruction de munitions ou d'explosifs. 9. L'utilisation de pistolets de scellement. 10. Le broyage, le concassage, le criblage, le sablage manuel, le sciage, l'usinage de pierres et de produits minéraux. 11. Les procédés industriels de séchage de matières organiques par ventilation. 12. L'abattage, le tronçonnage, l'ébranchage mécanique des arbres. 13. L'emploi des machines à bois en atelier : scies circulaires de tous types, scies à ruban, dégauchisseuses, raboteuses, toupies, machines à fraiser, tenonneuses, mortaiseuses, moulurières, plaqueuses de chants intégrant des fonctions d'usinage, défonceuses, ponceuses, clouteuses. 14. L'utilisation d'engins de chantier : boteurs, décapeurs, chargeuses, moutons, pelles mécaniques, chariots de manutention tous terrains. 15. Le broyage, l'injection, l'usinage des matières plastiques et du caoutchouc. 16. Le travail sur les rotatives dans l'industrie graphique. 17. La fabrication et le conditionnement mécanisé du papier et du carton. 18. L'emploi du matériel vibrant pour l'élaboration de produits en béton et de produits réfractaires. 19. Les travaux de mesurage des niveaux sonores et d'essais ou de réparation des dispositifs d'émission sonore. 20. Les travaux de moulage sur machines à secousses et décochage sur grilles vibrantes. 21. La fusion en four industriel par arcs électriques. 22. Les travaux sur ou à proximité des aéronefs dont les moteurs sont en fonctionnement dans l'enceinte d'aérodromes et d'aéroports. 23. L'exposition à la composante audible dans les travaux de découpe, de soudage et d'usinage par ultrasons des matières plastiques. 24. Les travaux suivants dans l'industrie agroalimentaire : - l'abattage et l'viscération des volailles, des porcs et des bovins ; - le plumage de volailles ; - l'emboîtement de conserves alimentaires ; - le malaxage, la coupe, le sciage, le broyage, la compression des produits alimentaires. 25. Moulage par presse à injection de pièces en alliages métalliques.</p>

Article Annexe II : Tableau n° 43

AFFECTIONS PROVOQUEES PAR L'ALDEHYDE FORMIQUE ET SES POLYMERES.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Dermatites irritatives	7 jours	Préparation, emploi et manipulation de l'aldéhyde formique, de ses solutions (formol) et de ses polymères, notamment : - fabrication de substances chimiques, à partir de l'aldéhyde formique ; - fabrication de matières
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	

Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.	7 jours	plastiques à base de formol ; - travaux de collage exécutés avec des matières plastiques renfermant un excès de formol ; - opérations de désinfection ; - apprêtage des peaux ou des tissus.
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test.	7 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 43 bis

Affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Carcinome du nasopharynx.	40 ans (sous réserve d'une exposition de 5 ans)	Préparation de l'aldéhyde formique et de ses solutions (formol) à l'exception des travaux effectués en système clos. Utilisation de l'aldéhyde formique dans les laboratoires d'histologie, d'anatomo-cyto-pathologie et en thanatopraxie à l'exception des travaux effectués en système clos.
		Traitements des peaux mettant en œuvre de l'aldéhyde formique à l'exception des travaux effectués en système clos.
		Fabrication de résines urée formol, mélamine formol, mélamine urée formol, phénol formol à l'exception des travaux effectués en système clos.
		Travaux de fabrication des panneaux de bois constitués de fibres, particules ou lamelles mettant en œuvre des résines à base d'aldéhyde formique : préparation du mélange collant, collage et pressage, refroidissement des panneaux.
		Imprégnation de papiers par des résines urée formol et mélamine formol. Vernissage de parquets mettant en œuvre des résines urée formol.
		Utilisation de résines urée formol pour la consolidation de terrain (mines et travaux publics). Travaux d'apprêt et finition de voiles de tulle mettant en œuvre de l'aldéhyde formique. Travaux d'extinction d'incendies.

Article Annexe II : Tableau n° 44

Affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales ou de fumées, contenant des particules de fer ou d'oxydes de fer

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Sidérose : pneumopathie interstitielle chronique par surcharge de particules de fer ou d'oxydes de fer, révélée par des opacités punctiformes diffuses sur des documents radiographiques ou tomodynamométriques ou par des	35 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux exposant à l'inhalation de poussières minérales ou de fumées, contenant des particules de fer ou d'oxydes de fer, notamment : - extraction, broyage, concassage et traitement des minerais de fer et de l'ocre ; - polissage

constatations anatomopathologiques lorsqu'elles existent, ces signes ou constatations s'accompagnant ou non de troubles fonctionnels respiratoires.		avec des abrasifs à base d'oxydes de fer ; - soudure à l'arc des aciers doux.
Manifestation pathologique associée : emphysème.		

Article Annexe II : Tableau n° 44 bis

Affections consécutives au travail au fond dans les mines de fer

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie
Cancer bronchopulmonaire primitif.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux effectués au fond dans les mines de fer.
Emphysème : objectivé par des signes tomodynamométriques et des altérations fonctionnelles de type obstructif ou, lorsqu'elles existent, par des constatations anatomopathologiques.	15 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	

Article Annexe II : Tableau n° 45

Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
- A -		- A -
Hépatites virales transmises par voie orale		Travaux comportant des actes de soins, d'hygiène, d'entretien, d'analyses de biologie médicale, susceptibles d'exposer aux produits biologiques d'origine humaine et aux produits contaminés par eux. Travaux comportant des actes de soins et d'hygiène corporels, de soutien, dans des crèches, garderies, institutions sociales et médico-sociales recevant des enfants et des adultes handicapés. Travaux exposant au contact d'eaux usées lors de l'installation, l'exploitation et l'entretien des réseaux d'assainissement, de stations d'épuration. Travaux exposant au contact d'eaux usées dans les établissements de bains, de douches, dans les piscines, dans les établissements thermaux. Travaux exposant au contact d'eaux usées dans les cuisines de restauration collective.
a) Hépatites à virus A :		
Hépatite fulminante	40 jours	
Hépatite aiguë ou subaiguë	60 jours	
Formes à rechutes	60 jours	
Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par une sérologie traduisant une infection en cours par le virus A.		
b) Hépatites à virus E :		
Hépatite fulminante	40 jours	
Hépatite aiguë ou subaiguë	60 jours	
Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la détection du virus E traduisant une infection en cours.		
- B -		- B -
Hépatites virales transmises par le sang, ses dérivés et tout autre liquide biologique ou tissu humains		Travaux exposant aux produits biologiques d'origine humaine et aux objets contaminés par eux, effectués dans les : Etablissements généraux ou spécialisés de soins, d'hospitalisation, d'hébergement, de cure, de prévention, d'hygiène. Laboratoires d'analyses de biologie médicale, d'anatomie et de cytologie pathologiques. Etablissements de transfusions sanguines. Services de prélèvements d'organes, de greffons. Services médicaux d'urgence et d'aide médicale urgente. Services de secours et de sécurité : pompiers, secouristes, sauveteurs, ambulanciers, policiers, personnel pénitentiaire. Services de ramassage, traitement, récupération de déchets médicaux, d'ordures ménagères. Services de soins funéraires et morgues.
a) Hépatites à virus B (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) :		
Hépatite fulminante	40 jours	
Hépatite aiguë avec ou sans manifestations ictériques	180 jours	
Manifestations extrahépatiques dues à l'infection aiguë par le virus B : urticaire, érythème noueux, acrodermatite papuleuse, syndrome de Raynaud, vascularites, polyarthrite, néphropathie glomérulaire, anémie hémolytique	180 jours	
Hépatite chronique active ou non	2 ans	
Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la présence de marqueurs du virus B témoignant d'une affection en cours.		

Manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus B : vascularite dont périartérite noueuse, néphropathie glomérulaire membrano-proliférative	10 ans
Cirrhose	20 ans
Carcinome hépato-cellulaire	30 ans
L'étiologie de ces pathologies : manifestations extra-hépatiques, cirrhose et carcinome hépato-cellulaire, doit être confirmée par la présence de marqueurs du virus témoignant d'une infection chronique à virus B ou un examen du tissu hépatique montrant les traces de ce virus.	
b) Co-infection d'une hépatite B par le virus D :	
Hépatite fulminante	40 jours
Hépatite aiguë	180 jours
Hépatite chronique active	2 ans
L'étiologie doit être confirmée par la présence de marqueurs traduisant une infection en cours par le virus D.	
c) Hépatites à virus C (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) :	
Hépatite aiguë avec ou sans manifestations cliniques	180 jours
Hépatite chronique active ou non	20 ans
Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la présence de marqueurs du virus témoignant d'une infection en cours.	
Manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus C	20 ans
1. Associées à une cryo-globulinémie mixte essentielle : purpura, vascularites, neuropathies périphériques, syndrome sec, polyarthrite, néphropathie membrano-proliférative.	
2. Hors de la présence d'une cryo-globulinémie : porphyrie cutanée tardive, lichen plan, urticaire.	
Cirrhose	20 ans
Carcinome hépato-cellulaire	30 ans
L'étiologie de ces pathologies : manifestations extra-hépatiques, cirrhose, carcinome hépato-cellulaire, doit être confirmée par une sérologie traduisant une hépatite chronique à virus C ou un examen du tissu hépatique montrant les traces de ce virus.	

Article Annexe II : Tableau n° 46

MYCOSES CUTANÉES

(délai de prise en charge : trente jours)

Date de création : 18 février 1967.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
La nature mycosique de l'atteinte doit être confirmée par examen direct et culture.		
A. - Mycoses de la peau glabre.	30 jours	Maladies désignées en A, B, C :
Lésions érythémato-vésiculeuses et squameuses, circinées, appelées encore herpès circiné.		Travaux en contact des mammifères, exécutés dans les abattoirs, les chantiers d'équarrissage, les ménageries, les élevages, les animaleries, les garderies d'animaux, les laboratoires où sont utilisés des animaux d'expérience ; travaux de soins et de toilettage.
B. - Mycoses du cuir chevelu.	30 jours	Travaux exécutés dans les brasseries et les laiteries relevant du régime général des salariés du commerce et de l'industrie.
Plaques squameuses du cuir chevelu supportant un mélange de cheveux sains et de cheveux cassés courts, accompagnés quelquefois d'une folliculite suppurée (Kérior).		
C. - Mycoses des orteils.	30 jours	Maladies désignées en C :

Lésions érythémato-vésiculeuses et squameuses avec fissuration des plis interdigitaux, ou aspect blanc nacré, épais de l'épiderme digital ou interdigital accompagné ou non de décollement, de fissures épidermiques.		Travaux exécutés dans les bains et piscines : surveillance de baignade, application de soins dans les stations thermales, les établissements de rééducation. Activités sportives exercées à titre professionnel.
Ces lésions peuvent atteindre un ou plusieurs orteils, s'accompagner éventuellement d'onyxis (généralement du gros orteil).		Travaux en mines souterraines, chantiers du bâtiment, chantiers de travaux publics.

Article Annexe II : Tableau n° 47

AFFECTIONS PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR LES POUSSIÈRES DE BOIS.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
- A -		- A -
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané	15 jours	Manipulation, traitement et usinage des bois et tous travaux exposant aux poussières de bois.
Conjonctivite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test	7 jours	
Syndrome respiratoire avec dyspnée, toux, expectoration, récidivant après nouvelle exposition au risque, dont l'étiologie professionnelle est confirmée par la présence dans le sérum d'anticorps précipitant permettant d'identifier l'agent pathogène correspondant au produit responsable.	30 jours	
Fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et troubles respiratoires confirmés par l'exploration fonctionnelle lorsqu'il y a des signes immunologiques significatifs.	1 an	
- B -		- B -
Cancer primitif : carcinome des fosses nasales, de l'ethmoïde et des autres sinus de la face.	40 ans sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans	Travaux exposant à l'inhalation des poussières de bois, notamment : - travaux d'usinage des bois tels que sciage, fraisage, rabotage, perçage et ponçage ; - travaux effectués dans les locaux où sont usinés les bois.

Article Annexe II : Tableau n° 49

Affections cutanées provoquées par les amines aliphatiques, alicycliques ou les éthanolamines

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Dermites eczématiformes confirmées par des tests épicutanés ou par la récurrence à une nouvelle exposition.	15 jours	Préparation, emploi et manipulation des amines aliphatiques, alicycliques ou des éthanolamines ou de produits en contenant à l'état libre.

Article Annexe II : Tableau n° 49 bis

Affections respiratoires provoquées par les amines aliphatiques, les éthanolamines ou l'isophoronediamine

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.	7 jours	Préparation, emploi et manipulation des amines aliphatiques, des éthanolamines ou de produits en contenant à l'état libre ou de l'isophoronediamine.
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test.	7 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 50

AFFECTIONS PROVOQUEES PAR LA PHENYLHYDRAZINE.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	Préparation, emploi, manipulation de la phénylhydrazine.
Anémie de type hémolytique.	30 jours	
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.	7 jours	
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test.	7 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 51

MALADIES PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR LES RESINES EPOXYDIQUES ET LEURS CONSTITUANTS

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	Préparation des résines époxydiques. Emploi des résines époxydiques : - fabrication des stratifiés ; - fabrication et utilisation de colles, vernis, peintures à base de résines époxydiques.

(*) Certains constituants des résines époxydiques, utilisés comme durcisseurs ou adjuvants, peuvent induire des maladies respiratoires allergiques professionnelles indemnisables. Il s'agit en particulier :

- des amines aromatiques : rhinite et asthme (tableau 15 bis) ;
- des amines aliphatiques : rhinite et asthme (tableau 49 bis) ;
- des anhydrides d'acides volatils : rhinite et asthme (tableau 66), pneumopathie d'hypersensibilité (tableau 66 bis) ;
- de l'azodicarbonamide : rhinite et asthme (tableau 66).

Article Annexe II : Tableau n° 52

Affections provoquées par le chlorure de vinyle monomère (DUREE D'EXPOSITION : SIX MOIS).

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Troubles angioneurotiques des doigts et des orteils.	5 ans	Travaux exposant à l'action du chlorure de vinyle monomère, notamment les travaux exécutés dans les ateliers de polymérisation.
Ostéolyse des phalanges unguéales des mains confirmée radiologiquement.	3 ans	
Angiosarcome.	30 ans	
Syndrome d'hypertension portale spécifique : - soit avec varices œsophagiennes, splénomégalie et thrombocytopénie ; - soit avec fibrose ou dysplasie des cellules endothéliales.		

Article Annexe II : Tableau n° 53

AFFECTIONS DUES AUX RICKETTSIES

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
A.- Rickettsioses :		A. - Travaux effectués dans les laboratoires spécialisés en matière de rickettsies ou de production de vaccins. Travaux effectués en forêt de manière habituelle.
Manifestations cliniques aiguës.	21 jours	
B. - Fièvre Q :		B. - Travaux exposant au contact avec des bovins, caprins, ovins, leurs viscères ou leurs déjections. Travaux exécutés dans les laboratoires effectuant le diagnostic de fièvre Q ou des recherches biologiques vétérinaires.
Manifestations cliniques aiguës.	21 jours	
Manifestations chroniques : - endocardite ; - hépatite granulomateuse. Pour tous les cas désignés en A et B, le diagnostic doit être confirmé par un examen de laboratoire spécifique.	10 ans	

Article Annexe II : Tableau n° 54

POLIOMYELITES

Date de création : 9 novembre 1972.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Toutes manifestations de la poliomyélite antérieure aiguë.	30 jours	Travaux exposant au contact de malades atteints de poliomyélite antérieure aiguë. Tous travaux tels que manutention, entretien, lavage, stérilisation, mettant le personnel en contact avec le matériel ou le linge utilisés dans les services où sont effectués les travaux ci-dessus.

Article Annexe II : Tableau n° 55

AFFECTIONS PROFESSIONNELLES DUES AUX AMIBES.

Date de création : 9 novembre 1972.

Dernière mise à jour : 26 juin 1984.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Manifestations aiguës de l'amibiase, notamment hépatite amibienne, confirmées par la présence d'amibes du type <i>Entamoeba histolytica</i> ou de kystes amibiens dans les selles ou par les résultats positifs d'une méthode immunologique reconnue par l'OMS.	3 mois	Travaux effectués, même à titre occasionnel, dans les laboratoires de bactériologie ou de parasitologie.
		Travaux comportant le transport avec manipulation de produits pathologiques.
		Travaux mettant en contact avec les prélèvements de produits pathologiques et travaux impliqués par l'élimination des selles contaminantes, accomplis en milieu d'hospitalisation.

Article Annexe II : Tableau n° 56

RAGE PROFESSIONNELLE

Date de création : 9 novembre 1972.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Toutes manifestations de la rage.	6 mois	Travaux susceptibles de mettre en contact avec des animaux atteints ou suspects de rage ou avec leurs dépouilles.
Affections imputables à la séro ou vaccinothérapie antirabique.	2 mois	Travaux de laboratoire de diagnostic de la rage.

Article Annexe II : Tableau n° 57

Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
- A -		
Epaule		
Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.	30 jours	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**) avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3 h 30 par jour en cumulé.
Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**) : - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (**) : - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
(*) Ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IRM. (**) Les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps.		

- B -		
Coude		
Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial.	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de pronosupination.
Tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de pronosupination.
Hygroma : épanchement des bourses séreuses ou atteintes inflammatoires des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude. - forme aiguë ; - forme chronique.	7 jours 90 jours	Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.
Syndrome canalaire du nerf ulnaire dans la gouttière épithrochléo-oléocranienne confirmé par électroneuromyographie (EMG)	90 jours (sous réserve d'une durée d'exposition de 90 jours)	Travaux comportant habituellement des mouvements répétitifs et/ou des postures maintenues en flexion forcée. Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.
- C -		
Poignet - Main et doigt		
Tendinite.	7 jours	Travaux comportant de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts.
Ténosynovite.	7 jours	
Syndrome du canal carpien.	30 jours	Travaux comportant de façon habituelle, soit des mouvements répétés ou prolongés d'extension du poignet ou de préhension de la main, soit un appui carpien, soit une pression prolongée ou répétée sur le talon de la main.
Syndrome de la loge de Guyon.	30 jours	
- D -		
Genou		
Syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle une position accroupie prolongée.
Hygromas :		
- hygroma aigu des bourses séreuses ou atteinte inflammatoire des tissus sous-cutanés des zones d'appui du genou ;	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou.
- hygroma chronique des bourses séreuses.	90 jours	Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou.
Tendinite sous-quadricipitale ou rotulienne.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements répétés d'extension ou de flexion prolongées du genou.
Tendinite de la patte d'oie.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements répétés d'extension ou de flexion prolongées du genou.
- E -		
Cheville et pied		
Tendinite achilléenne.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle des efforts pratiqués en station prolongée sur la pointe des pieds.

Article Annexe II : Tableau n° 58

AFFECTIONS PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR LE TRAVAIL A HAUTE TEMPERATURE.

Date de création : 9 novembre 1972.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Crampes musculaires avec sueurs profuses, oligurie et chlorure urinaire égal ou inférieur à 5 g/litre.	3 jours	Tous travaux effectués dans les mines de potasse exposant à une température résultante égale ou supérieure à 28° (1).
(1) La température résultante doit être calculée selon la formule utilisée dans les mines françaises.		

Article Annexe II : Tableau n° 59

INTOXICATIONS PROFESSIONNELLES PAR L'HEXANE

Date de création : 2 mars 1973.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Polynévrites, avec troubles des réactions électriques.	30 jours	Travaux de collage, notamment sur cuir ou matière plastique, avec des produits contenant de l'hexane.

Article Annexe II : Tableau n° 61

MALADIES PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR LE CADMIUM ET SES COMPOSES

Date de création : 2 mars 1973.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Broncho-pneumopathie aiguë.	5 jours	Extraction, préparation, emploi du cadmium, de ses alliages et de ses composés, notamment : préparation du cadmium par voie sèche » ou électrometallurgie du zinc ; découpage au chalumeau ou soudure de pièces cadmiées ; soudure avec alliage de cadmium ; fabrication d'accumulateurs au nickel-cadmium ; fabrication de pigments cadmifères, pour peintures, émaux, matières plastiques.
Troubles gastro-intestinaux aigus, avec nausées, vomissements ou diarrhées.	3 jours	
Néphropathie avec protéinurie.	2 ans	
Ostéomalacie avec ou sans fractures spontanées, accompagnée ou non de manifestations douloureuses, radiologiquement confirmée.	12 ans	

Article Annexe II : Tableau n° 61 bis

Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières ou fumées renfermant du cadmium

DÉSIGNATION des maladies	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Cancer broncho-pulmonaire primitif.	40 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans et d'un temps écoulé depuis le début de l'exposition de 20 ans (1))	Fabrication d'accumulateurs et de piles électriques au nickel-cadmium. Récupération de matières métalliques recyclables contenant du cadmium.

Article Annexe II : Tableau n° 62

AFFECTIONS PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR LES ISOCYANATES ORGANIQUES.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Blépharo-conjonctivite récidivante.	3 jours	Travaux exposant à l'inhalation ou à la manipulation d'isocyanates organiques, notamment : - fabrication et application de vernis et laques de polyuréthanes,

Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.	7 jours	fabrication de fibres synthétiques ; - préparation des mousses polyuréthanes et application de ces mousses à l'état liquide ; - fabrication et utilisation des colles à base de polyuréthanes ; - fabrication et manipulation de peintures contenant des isocyanates organiques.
Syndrome bronchique récidivant.	7 jours	
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test.	7 jours	
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	
Pneumopathie interstitielle aiguë ou subaiguë d'hypersensibilité objectivée par : - des signes respiratoires (toux, dyspnée) et/ou des signes généraux ; - des signes radiographiques et/ou tomodensitométriques compatibles, lorsqu'ils existent ; - une diminution de la DLCO ou une hypoxie d'effort ; - des signes immunologiques significatifs : présence d'anticorps précipitants dans le sérum contre l'agent pathogène présumé responsable ou, à défaut, lymphocytose au lavage broncho-alvéolaire.	30 jours	
Pneumopathie d'hypersensibilité chronique avec altération des explorations fonctionnelles respiratoires (trouble ventilatoire restrictif ou obstructif), signes radiologiques compatibles et signes immunologiques significatifs : présence d'anticorps précipitants dans le sérum contre l'agent pathogène présumé responsable ou, à défaut, lymphocytose au lavage broncho-alvéolaire.	3 ans	

Article Annexe II : Tableau n° 63

Affections provoquées par les enzymes .

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	Préparation, manipulation, emploi des enzymes et des produits en renfermant, notamment : - extraction et purification des enzymes d'origine animale (trypsine), végétale (broméline, papaine, ficine), bactérienne et fongique (préparés à partir des bacillus subtilis, aspergillus, oryzae) ; - fabrication et conditionnement de détergents renfermant des enzymes.
Ulcérations cutanées.	7 jours	
Conjonctivite aiguë bilatérale récidivant en cas de nouvelle exposition ou confirmée par un test.	7 jours	
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.	7 jours	
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test.	7 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 64

INTOXICATION PROFESSIONNELLE PAR L'OXYDE DE CARBONE.

Date de création : 3 mai 1974.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Syndrome associant céphalées, asthénie, vertiges, nausées, confirmé par la présence dans le sang d'un taux d'oxyde de carbone supérieur à 1,5 millilitre pour 100 millilitres de sang.	30 jours	Travaux exposant aux émanations d'oxyde de carbone provenant d'origines diverses, notamment de foyers industriels, de gazogènes, d'appareils de chauffage ou de moteurs à allumage commandé. Sont exclus les travaux effectués dans des locaux comportant des installations de ventilation telles que la teneur en oxyde de carbone vérifiée à hauteur des voies respiratoires est, de façon habituelle, inférieure à 50 cm3 par mètre cube, lorsque ces installations sont maintenues en état de bon fonctionnement et contrôlées au moins une fois par an

Article Annexe II : Tableau n° 65

Lésions eczématiformes de mécanisme allergique

Date de création : 19 juin 1977.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition » au risque ou confirmées par un test épicutané positif au produit manipulé.	15 jours	<p>Préparation, emploi, manipulation des agents nocifs limitativement énumérés ci-après : A. - Agents chimiques : Acide chloroplatinique ; Chloroplatinates alcalins ; Cobalt et ses dérivés ; Persulfates alcalins ; Thioglycolate d'ammonium ; Epichlorhydrine ; Hypochlorites alcalins ; Ammonium quaternaires et leurs sels, notamment dans les agents détergents cationiques ; Dodécyl-aminoéthyl glycine ; Insecticides organochlorés ; Phénothiazines ; Pipérazine ; Mercapto-benzothiazole ; Sulfure de tétraméthyl-thiurame ; Acide mercapto-propionique et ses dérivés ; N-isopropyl N'-phénylparaphénylène-diamine et ses dérivés ; Hydroquinone et ses dérivés ; Dithiocarbamates ; Sels de diazonium, notamment chlorure de diéthylaminobenzène diazonium ; Benzisothiazoline-3-one ; Dérivés de la thiourée ; Acrylates et méthacrylates ; Résines dérivées du para-tert-butylphénol et du para-tert-butylcatéchol ; Dicyclohexylcarbodiimide ; Glutaraldéhyde.</p> <p>B. - Produits végétaux ou d'origine végétale : Produits d'extraction du pin, notamment essence de térébenthine, colophane et ses dérivés ; Baume de Pérou ; Urushiol (laque de Chine) ; Plantes contenant des lactones sesquiterpéniques (notamment artichaut, arnica, chrysanthème, camomille, laurier noble, saussurea, frullania, bois de tulipier, armoise, dahlia) ; Primevère ; Tulipe ; Alliées (notamment ail et oignon) ; Farines de céréales.</p>

Article Annexe II : Tableau n° 66

Rhinite et asthmes professionnels

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test.	7 jours	1. Travail en présence de toute protéine en aérosol.
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test.	7 jours	2. Elevage et manipulation d'animaux (y compris la préparation et le conditionnement d'arthropodes et de leurs larves).
Insuffisance respiratoire chronique obstructive secondaire à la maladie asthmatique.	1 an	3. Utilisation et conditionnement de carmin et poudres d'insectes. 4. Préparation et manipulation des fourrures et feutres naturels. 5. Préparation, emploi, manipulation de produits contenant de la séricine. 6. Emploi de plumes et de duvets. 7. Travaux exposant aux résidus d'extraction des huiles, notamment de ricin et d'ambrette. 8. Broyage des grains de céréales alimentaires, ensachage, utilisations de farines. 9. Préparation et manipulation des substances d'origine végétale suivantes : ipéca, quinine, henné, pollens et spores, notamment de lycopode. 10. Ouverture des balles, cardage, peignage, filature et tissage de textiles d'origine végétale (notamment coton, sisal, kapok, chanvre, lin). 11. Travaux comportant l'emploi de gomme végétales : pulvérisées (arabique, adragante, psyllium, karaya notamment). 12. Préparation et manipulation du tabac. 13. Manipulation du café vert et du soja. 14. Exposition à des poussières végétales, notamment asparagées, légumineuses, papilionacées, ombellifères, labiées, solanacées, pyrèthres. 15. Manipulation de gypsophile (<i>Gypsophila paniculata</i>). 16. Manipulation ou emploi des macrolides (notamment spiramycine et oléandomycine), de médicaments et de leurs précurseurs, notamment : glycols, salbutamol,

		<p>pipérazine, cimetidine, hydralazine, hydralazine de l'acide nicotinique (isoniazide), chlorure d'acide de la phényl glycine, tétracyclines, alpha-méthyl-dopa. 17. Travaux exposant aux sulfites, aux bisulfites ou aux persulfates alcalins. 18. Préparation, emploi, manipulation de chloroplatinates pentoxyde de vanadium, notamment dans la fabrication des catalyseurs. 19. Travaux exposant à l'inhalation d'anhydrides d'acides volatils, notamment anhydrides maléique, phtalique, trimellitique, tétrachlorophtalique, hexahydrophthalique, himique. 20. Fabrication, manipulation et utilisation de fongicides, notamment les phtalimide et tetrachlorophtalonitrile. 21. Travaux exposant à la colophane chauffée, notamment de la soudure en électronique. 22. Travaux exposant à des émanations de produits de pyrolyse du chlorure de polyvinyle (notamment dans sa soudure thermique), fréons, polyéthylène, polypropylène. 23. Travaux exposant à l'azodicarbonamide, notamment dans l'industrie des plastiques et du caoutchouc et au styrène, isophoronediamine, aziridine polyfonctionnelle, triglycidyl isocyanurate. 24. Préparation et mise en œuvre de colorants, notamment à hétérocycles halogénés, acryloylamines ou vinyl-sulfones, pipéridinyl triazine, ninhydrine. 25. Préparation et utilisation de colles au cyanoacrylate. 26. Travaux exposant à des émanations de glutaraldéhyde. 27. Travaux exposant à des émanations d'oxyde d'éthylène, notamment lors de la stérilisation. 28. Travaux de désinfection et de stérilisation exposant à des émanations de : chlorhexidine, hexachlorophène, benzisothiazoline-3-one et ses dérivés, organomercurels, ammoniums quaternaires et leurs dérivés, notamment le benzalkonium et le chlorure de lauryl diméthylbenzylammonium. 29. Fabrication et utilisation de détergents, notamment l'isononanoyl oxybenzène sulfonate de sodium. 30. Fabrication et conditionnement de chloramine T. 31. Fabrication et utilisation de tétrazène. 32. Synthèse des polypeptides exposant notamment au dicyclohexyl carbodiimide, 4méthyl-morpholine, dichlorobenzène sulfonate. 33. Travaux de reprographie exposant notamment aux sels de diazonium ou à l'hydroquinone. 34. Travaux exposant aux dérivés aminés des produits chlorés tels que la chloramine dans les piscines.</p>
--	--	--

Article Annexe II : Tableau n° 66 bis

Pneumopathies d'hypersensibilité

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Bronchoalvéolite aiguë ou subaiguë avec syndrome respiratoire (dyspnée, toux, expectoration) et/ou signes généraux (fièvre, amaigrissement) confirmés par l'exploration fonctionnelle respiratoire et la présence d'anticorps précipitants dans le sérum contre l'agent pathogène responsable ou à défaut résultats de lavage broncho-alvéolaire (lymphocytose)	30 jours	<p>Travaux de manipulation ou de fabrication exposant à des spores de moisissures ou à des actinomycètes contaminant les particules végétales ou animales suivantes : bagasse de la canne à sucre, malt, paprika, liège, charcuterie, fromages (affinage), pâte à papier et poussières de bois.</p> <p>Travaux exposant à l'inhalation de particules microbiennes ou mycéliennes dans les laboratoires de microbiologie et les locaux à caractère industriel, de bureaux ou d'habitation dont l'atmosphère est climatisée ou humidifiée par dispositif central.</p>
Fibrose pulmonaire avec signes radiologiques et troubles respiratoires confirmés par l'exploration fonctionnelle respiratoire et la présence d'anticorps précipitants dans le sérum contre l'agent pathogène responsable ou à défaut résultats de lavage broncho-alvéolaire (lymphocytose) et sa complication : insuffisance ventriculaire droite	15 ans	<p>Travaux en milieu contaminés par des micro-organismes aéroportés (bactéries, moisissures, algues) : saunas, piscines, égouts, filières de traitement des déchets (compostage et fabrication de compost), ateliers pollués par des aérosols d'huile de coupe contaminée.</p> <p>Travaux exposant à l'inhalation d'aérosols d'enzymes lors de la fabrication, la manipulation et l'utilisation de détergents et de lessives.</p> <p>Travaux suivants exposant à des poussières végétales : - les opérations de préparation dans les filatures de coton : ouverture des balles, cardage, peignage ; - le broyage des grains de céréales, l'ensachage et l'utilisation des farines ; - la préparation et la manipulation du café vert, du thé, du soja, du tabac, du houblon, de l'orge ; - la préparation et la manipulation de champignons comestibles ; - la fabrication et l'utilisation de la pâte à papier ; - la manipulation et l'utilisation des algues et alginates.</p>

		Travaux suivants exposant à l'inhalation d'aérosols de protéines animales : - la manipulation et utilisation de poussières d'origine aviaire ; - l'élevage et la manipulation d'animaux, y compris les mammifères de laboratoire, les arthropodes et les produits marins ou d'origine marine ; - la manipulation de fourrures ; - la préparation du carmin cochenille.
		Travaux exposant à l'inhalation des polluants chimiques suivants lors de leur fabrication et mise en œuvre : - anhydrides d'acides volatils suivants : anhydrides phtaliques, triméllitiques, tétrachlorophtaliques, hexahydrophthaliques himiques.

Article Annexe II : Tableau n° 67

LESIONS DE LA CLOISON NASALE PROVOQUEES PAR LES POUSSIERES DE CHLORURE DE POTASSIUM DANS LES MINES DE POTASSE ET LEURS DEPENDANCES.

Date de création : 3 avril 1980.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions nasales (ulcérations, perforations).	30 jours	Travaux exposant à l'inhalation de poussières de chlorure de potassium, notamment : extraction, manipulation, transport et traitement de minerai de chlorure de potassium ; traitement, conditionnement, stockage et transport du chlorure de potassium.

Article Annexe II : Tableau n° 68

TULAREMIE

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer la maladie
Syndrome pouvant revêtir soit l'aspect, en tout ou partie, d'une des grandes formes cliniques (brachiale, oculaire, pharyngée, pulmonaire ou typhoïde), soit un aspect atypique. Dans tous les cas, le diagnostic sera authentifié par un examen sérologique spécifique.	15 jours	Travaux de gardes-chasse et gardes forestiers exposant notamment au contact des léporidés sauvages. Travaux d'élevage, abattage, transport, manipulation, vente de léporidés, de petits rongeurs et d'animaux à fourrure. Transport et manipulation de peaux. Travaux de laboratoire exposant au contact des léporidés et des petits rongeurs.

Article Annexe II : Tableau n° 69

Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
- A -		
Affections ostéo-articulaires confirmées par des examens radiologiques :		
- arthrose du coude comportant des signes radiologiques d'ostéophytoses ;	5 ans	Travaux exposant habituellement aux vibrations transmises par : a) Les machines-outils tenues à la main, notamment : - les machines percutantes, telles que les marteaux piqueurs, les burineurs, les bouchardeuses et les fouloirs ; - les machines rotopercutantes, telles que les marteaux perforateurs, les perceuses à percussion et les clés à choc ; - les machines rotatives, telles que les polisseuses, les meuleuses, les scies à chaîne, les tronçonneuses et les débroussailleuses ; - les machines alternatives, telles que les ponçuses et les scies sauteuses. b) Les outils tenus à la main associés à certaines machines précitées, notamment dans des travaux de burinage ; c) Les objets tenus à la main en cours de façonnage, notamment dans les travaux de meulage et de polissage et les travaux sur machine à rétreindre.
- ostéonécrose du semi-lunaire (maladie de Kienböck) ;	1 an	
- ostéonécrose du scaphoïde carpien (maladie de Köhler).	1 an	
Troubles angioneurotiques de la main, prédominant à l'index et au médius, pouvant s'accompagner de crampes de la main et de troubles prolongés de la sensibilité et confirmés par des épreuves fonctionnelles objectivant le phénomène de Raynaud.	1 an	
- B -		
Affections ostéo-articulaires confirmées par des examens radiologiques :		
- arthrose du coude comportant des signes radiologiques d'ostéophytose ;	5 ans	Travaux exposant habituellement aux chocs provoqués par l'utilisation manuelle d'outils percutants : - travaux de martelage, tels que travaux de forge, tôlerie, chaudronnerie et travail du cuir ; - travaux de terrassement et de démolition ; - utilisation de pistolets de scellements ; - utilisation de clouteuses et de riveteuses.
- ostéonécrose du semi-lunaire (maladie de Kienböck) ;	1 an	
- ostéonécrose du scaphoïde carpien (maladie de Köhler).	1 an	
- C -		
Atteinte vasculaire cubito-palmaire en règle unilatérale (syndrome du marteau hypothénar) entraînant un phénomène de Raynaud ou des manifestations ischémiques des doigts confirmée par l'artériographie objectivant un anévrisme ou une thrombose de l'artère cubitale ou de l'arcade palmaire superficielle.	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux exposant habituellement à l'utilisation du talon de la main en percussion directe itérative sur un plan fixe ou aux chocs transmis à l'éminence hypothénar par un outil percuté ou percutant.

Article Annexe II : Tableau n° 70

AFFECTIONS PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR LE COBALT ET SES COMPOSES

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Lésions eczématiformes récidivant après nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané positif spécifique.	15 jours	Préparation, emploi et manipulation du cobalt et de ses composés.
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test spécifique.	7 jours	
Asthme ou dyspnée asthmatiforme objectivé(e) par exploration fonctionnelle respiratoire récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé(e) par test spécifique.	7 jours	
Insuffisance respiratoire chronique obstructive secondaire à la maladie asthmatique.	1 an	

Article Annexe II : Tableau n° 70 bis

AFFECTIONS RESPIRATOIRES DUES AUX POUSSIÈRES DE CARBURES METALLIQUES FRITTES OU FONDUS CONTENANT DU COBALT

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies

Syndrome respiratoire irritatif à type de toux et de dyspnée récidivant après nouvelle exposition au risque.	15 jours	Fabrication et transformation des carbures métalliques frittés.
Broncho-alvéolite aiguë ou subaiguë avec signes généraux.	30 jours	Affûtage d'outils ou pièces en carbures métalliques frittés.
Fibrose pulmonaire diffuse, avec signes radiologiques et troubles fonctionnels, confirmée par l'exploration fonctionnelle respiratoire, et ses complications : - infection pulmonaire ; - insuffisance ventriculaire droite.	20 ans	Fabrication et transformations des super-alliages à base cobalt. Rechargement et affûtage d'outils et pièces en super-alliages à base cobalt. Technique de soudage et de métallisation utilisant des super-alliages à base cobalt.

Article Annexe II : Tableau n° 70 ter

AFFECTIONS CANCEREUSES BRONCHO-PULMONAIRES PRIMITIVES CAUSEES PAR L'INHALATION DE POUSSIÈRES DE COBALT ASSOCIEES AU CARBURE DE TUNGSTENE AVANT FRITTAGE

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Cancer broncho-pulmonaire primitif.	35 ans (sous réserve d'une exposition de 5 ans minimum)	Travaux exposant à l'inhalation associée de poussières de cobalt et de carbure de tungstène dans la fabrication des carbures métalliques à un stade avant le frittage (mélange de poudres, compression, rectification et usinage du préfritté).

Article Annexe II : Tableau n° 71

AFFECTIONS OCULAIRES DUES AU RAYONNEMENT THERMIQUE.

Date de création : 17 septembre 1982.

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie
Cataracte.	15 ans	Travaux exposant habituellement au rayonnement thermique de verre ou de métal portés à incandescence.

Article Annexe II : Tableau n° 71 bis

Affections oculaires dues au rayonnement thermiques associés aux poussières

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Ptérygion.	15 ans	Travaux suivants exposant au rayonnement thermique associé aux poussières dans les ateliers de verrerie travaillant le verre à la main : a) Surveillance de la marche des fours à verre ; b) Cueillette, soufflage, façonnage à chaud du verre.

Article Annexe II : Tableau n° 72

MALADIES RESULTANT DE L'EXPOSITION AUX DERIVES NITRES DES GLYCOLS ET DU GLYCEROL

Date de création : 6 février 1983.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Douleurs précordiales à type d'angine de poitrine, ischémie myocardique aiguë, infarctus du myocarde survenant au cours d'une période de quatre jours suivant un arrêt de l'exposition à l'agent toxique.	4 jours	Fabrication et conditionnement de la nitroglycérine et du nitroglycol dans l'industrie des explosifs.

Article Annexe II : Tableau n° 73

MALADIES PROFESSIONNELLES CAUSEES PAR L'ANTIMOINE ET SES DERIVES.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Stibiose : pneumopathie caractérisée par des signes radiographiques spécifiques accompagnés ou non de troubles tels que toux, expectoration, dyspnée.	5 ans	Travaux exposant à l'inhalation de poussières, fumées ou vapeurs d'antimoine, notamment : - travaux de forage, d'abattage, d'extraction de minerais renfermant de l'antimoine ; - concassage, broyage, tamisage manipulation de minerais renfermant de l'antimoine ; - travaux de purification, grillage, réduction thermique et oxydation de minerais ou de substances renfermant de l'antimoine ; - brassage et ensachage d'oxyde d'antimoine.
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition.	15 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 74

AFFECTIONS PROFESSIONNELLES PROVOQUEES PAR LE FURFURAL ET L'ALCOOL FURFURYLIQUE.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	Travaux exposant aux émanations de furfural et d'alcool furfurylique utilisés comme : - solvants, réactifs ; - agents de synthèse des pesticides, de médicaments ou de matières plastiques en particulier pour la préparation et l'utilisation de moules en fonderie ; - accélérateurs de vulcanisation du caoutchouc.
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test	7 jours	
Conjonctivite récidivant après nouvelle exposition	7 jours	
Dermite eczématiforme récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par un test épicutané	15 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 75

AFFECTIONS PROFESSIONNELLES RESULTANT DE L'EXPOSITION AU SELENIUM ET A SES DERIVES MINERAUX.

Date de création : 26 juin 1984.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Affections des voies aériennes.	5 jours	Emploi des sels de sélénium dans l'industrie métallurgique et l'électronique.
Oedème pulmonaire.	5 jours	Utilisation de pigments contenant du sélénium.
Brûlures et irritations cutanées.	5 jours	Fabrication et emploi d'additifs alimentaires contenant du sélénium.
Brûlures oculaires et conjonctivite.	5 jours	Travaux de laboratoire faisant intervenir le sélénium comme réactif chimique. Fabrication de produits contenant des dérivés du sélénium dans les industries de cosmétologie, de phytopharmacie, de photographie et de photocopie.

Article Annexe II : Tableau n° 76

Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractées en milieu d'hospitalisation et d'hospitalisation à domicile, ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
A. - Infections dues aux staphylocoques : Manifestations cliniques de staphylococcie : - septicémie ; - atteinte viscérale ; - panaris, avec mise en évidence du germe et typage du staphylocoque.	10 jours	Tous travaux accomplis par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de staphylocoques.
B. - Infections dues aux pseudomonas aeruginosa : - septicémie ; - localisations viscérales, cutanéomuqueuses et oculaires, avec mise en évidence du germe et typage du pseudomonas aeruginosa.	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de pseudomonas aeruginosa.
C. - Infections dues aux entérobactéries : Septicémie confirmée par hémoculture.	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir d'entérobactéries.
D. - Infections dues aux pneumocoques : Manifestations cliniques de pneumococcie : - pneumonie ; - broncho-pneumonie ; - septicémie ; - méningite purulente, confirmée par isolement bactériologique du germe ou par les résultats positifs d'une recherche des antigènes solubles.	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de pneumocoques.
E. - Infections dues aux streptocoques bêta-hémolytiques : Manifestations cliniques de streptococcie :		Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de streptocoques bêta-hémolytiques.
- otite compliquée ;	15 jours	
- érysipèle ;	15 jours	
- broncho-pneumonie ;	15 jours	
- endocardite ;	60 jours	
- glomérulonéphrite aiguë, confirmées par mise en évidence de streptocoques bêta-hémolytiques du groupe A.	30 jours	
F. - Infections dues aux méningocoques : - méningite ; - conjonctivite, confirmées par la mise en évidence de Neisseria meningitidis.	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de méningocoques.
G. - Fièvres typhoïde et paratyphoïde A et B confirmées par une hémoculture mettant en évidence la salmonelle en cause et par le sérodiagnostic de Widal.	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service, d'entretien ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de salmonelles.
H. - Dysenterie bacillaire confirmée par la mise en évidence de shigelles dans la coproculture et par la séroconversion.	15 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de shigelles.
I. - Choléra confirmé bactériologiquement par la coproculture.	7 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant au contact d'un réservoir de vibrions cholériques.

J. - Fièvres hémorragiques (Lasse, Ebola, Marburg, Congo-Crimée) confirmées par la mise en évidence du virus et/ou la présence d'anticorps spécifiques à taux significatif.	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, les autres personnels du service d'hospitalisation et le personnel de laboratoire de virologie mettant au contact des virus.
K. - Infections dues aux gonocoques : Manifestations cliniques : - gonococcie cutanée ; - complications articulaires, confirmées par isolement bactériologique du germe.	10 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant au contact de malades infectés.
L. - Syphilis. Tréponématose primaire cutanée confirmée par la mise en évidence du tréponème et par la sérologie.	10 semaines	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant au contact de malades infectés.
M. - Infections à Herpes virus varicellae : Varicelle et ses complications : - complications de la phase aiguë : septicémie, encéphalite, neuropathie périphérique, purpura thrombopénique, pneumopathie spécifique, varicelle grave généralisée ; - complications dues à l'infection chronique par le virus : zona et ses manifestations cutanée, auriculaire, ophtalmique, méningée, neurologique périphérique, algies post-zostériennes chez une personne ayant été atteinte antérieurement d'une varicelle.	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, personnel de service, d'entretien ou de services sociaux, mettant en contact avec des malades présentant une varicelle ou un zona.
N. - Gale : Parasitose à Sarcoptes Scabei avec prurit et éventuellement surinfection des atteintes cutanées dues au parasite. En dehors d'un contexte épidémique, l'affection devra être confirmée par l'identification des sarcoptes.	7 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou de services sociaux mettant en contact direct avec des porteurs de cette scabiose.

Article Annexe II : Tableau n° 77

Périonyxis et onyxis

Date de création : 19 novembre 1983.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Atteinte des doigts : Inflammation périunguéale, douloureuse d'origine infectieuse accompagnée ou non de modifications de l'ongle telles que fissurations, striations, dentelures du bord libre, coloration brunâtre, onycholyse.	7 jours	Manipulation et emploi des fruits sucrés et de leurs résidus. Préparation, manipulation et emploi des jus de fruits sucrés, notamment lors des travaux de plongée en restauration. Travaux dans les abattoirs au contact des animaux et de leurs viscères.
Atteinte des orteils : Onyxis localisé habituellement au seul gros orteil, caractérisé par des déformations de l'ongle telles que destruction totale ou partielle, épaissement, striations, fissurations, accompagnées d'hyperkératose sous ou péri-unguéale.	30 jours	Travaux en mines souterraines, chantiers du bâtiment, chantiers de travaux publics. Travaux dans les abattoirs au contact des animaux et de leurs viscères.

Article Annexe II : Tableau n° 78

AFFECTIONS PROVOQUEES PAR LE CHLORURE DE SODIUM DANS LES MINES DE SEL ET LEURS DEPENDANCES.

Date de création : 19 novembre 1983.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Lésions nasales : - ulcérations ; - perforations.	30 jours	Travaux exécutés au contact du sel pulvérulent.
Ulcérations cutanées.	30 jours	Travaux effectués au contact du sel pulvérulent ou au contact des saumures.

Article Annexe II : Tableau n° 79

LESIONS CHRONIQUES DU MENISQUE

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Lésions chroniques du ménisque à caractère dégénératif, confirmées par examens complémentaires ou au cours de l'intervention curative, ainsi que leurs complications : fissuration ou rupture du ménisque.	2 ans	Travaux comportant des efforts ou des ports de charges exécutés habituellement en position agenouillée ou accroupie.

Article Annexe II : Tableau n° 80

KERATOCONJONCTIVITES VIRALES

Date de création : 23 juin 1985.

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
A. - Kératite nummulaire sous-épithéliale.	21 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, de service et d'entretien mettant au contact direct ou indirect de malades porteurs de ces affections.
B. - Kératite superficielle ulcéreuse avec conjonctivite associée.	21 jours	
C. - Conjonctivite hémorragique.	21 jours	
D. - Conjonctivite œdémateuse avec chémosis.	21 jours	
E. - Conjonctivite folliculaire avec ou sans participation cornéenne.	21 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 81

AFFECTIONS MALIGNES PROVOQUEES PAR LE BIS (CHLOROMETHYLE) ETHER

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie
Cancer bronchique primitif.	40 ans	Travaux de fabrication du chlorométhyl-méthyléther.

Article Annexe II : Tableau n° 82

AFFECTIONS PROVOQUEES PAR LE METHACRYLATE DE METHYLE

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
--------------------------	--------------------------	--

Rhinite récidivante en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	Travaux comportant la manipulation ou l'emploi de méthacrylate de méthyle notamment : - la fabrication de résines acryliques ; - la fabrication des matériaux acryliques ; - la fabrication et l'emploi d'encres, de colles, de peintures à base de méthacrylate de méthyle ; - la fabrication de prothèses, en particulier en chirurgie orthopédique, dentaire et oculaire ; - en histologie osseuse.
Asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test	7 jours	
Conjonctivité récidivant en cas de nouvelle exposition au risque	7 jours	
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané	15 jours	
Manifestations respiratoires chroniques avec altérations des épreuves fonctionnelles respiratoires, survenant après l'une des affections énumérées ci-dessus	1 an	

Article Annexe II : Tableau n° 83

LESIONS PROVOQUEES PAR LES TRAVAUX EFFECTUES DANS UN MILIEU OU LA PRESSION EST INFERIEURE A LA PRESSION ATMOSPHERIQUE ET SOUMISE A VARIATIONS

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Otitites moyennes subaiguës.	6 mois	Travaux effectués en service aérien.
Otitites moyennes chroniques.	1 an	
Lésions de l'oreille interne.	1 an	
Le diagnostic dans tous les cas doit être confirmé par des examens cliniques et audiométriques spécifiques.		

Article Annexe II : Tableau n° 84

Affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel : hydrocarbures liquides aliphatiques ou cycliques saturés ou insaturés et leurs mélanges ; hydrocarbures halogénés liquides ; dérivés nitrés des hydrocarbures aliphatiques ; alcools ; glycols, éthers de glycol ; cétones ; aldéhydes ; éthers aliphatiques et cycliques, dont le tétrahydrofurane ; esters ; diméthylformamide et diméthylacétamine ; acétonitrile et propionitrile ; pyridine ; diméthylsulfone et diméthylsulfoxyde

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
A		A
Syndrome ébrieux ou narcotique pouvant aller jusqu'au coma.	7 jours	Préparation, emploi, manipulation des solvants.
Dermites, conjonctivites irritatives.	7 jours	
Lésions eczématiformes récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané.	15 jours	
B		B
Encéphalopathies caractérisées par des altérations des fonctions cognitives, constituées par au moins trois des six anomalies suivantes : - ralentissement psychomoteur ; - troubles de la dextérité, de la mémoire, de l'organisation visuospatiale, des fonctions exécutives, de l'attention, et ne s'aggravant pas après cessation de l'exposition au risque.	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'au moins 10 ans)	Traitement des résines naturelles et synthétiques. Emploi de vernis, peintures, émaux, mastic, colles, laques. Production de caoutchouc naturel et synthétique.
Le diagnostic d'encéphalopathie toxique sera établi, après exclusion des troubles cognitifs liés à la maladie alcoolique, par des tests psychométriques et confirmé par la répétition de ces tests au moins six mois plus tard et après au moins six mois sans exposition au risque.		Utilisation de solvants comme agents d'extraction, d'imprégnation, d'agglomération, de nettoyage, comme décapants, dissolvants ou diluants. Utilisation de solvants en tant que réactifs de laboratoire, dans les synthèses organiques, en pharmacie, dans les cosmétiques.

Article Annexe II : Tableau n° 85

AFFECTION ENGENDREE PAR L'UN OU L'AUTRE DE CES PRODUITS : N-METHYL N'NITRO N-NITROSOGUANIDINE ; N-ETHYL N'NITRO N-NITROSOGUANIDINE ; N-METHYL N-NITROSOUREE ; N-ETHYL N-NITROSOUREE

DUREE D'EXPOSITION : SIX MOIS

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie
Glioblastome.	30 ans	Fabrication et conditionnement de ces substances. Utilisation dans les laboratoires de génie génétique, de biologie cellulaire, de recherche en mutagenèse ou cancérologie.

Article Annexe II : Tableau n° 86

PASTEURELLOSES

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Manifestations cliniques aiguës de pasteurellose par inoculation (en dehors des cas considérés comme accidents du travail).	8 jours	Travaux de soins, d'abattage, d'équarrissage ou de laboratoire exposant à l'inoculation de germes à partir d'animaux.
Manifestations loco-régionales tardives.	6 mois	
Toutes ces manifestations doivent être confirmées par un examen de laboratoire spécifique ou une intradermoréaction.		

Article Annexe II : Tableau n° 87

ORNITHOSE-PSITTACOSE

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Pneumopathie aiguë.	21 jours	Travaux exposant au contact avec des oiseaux, des volailles ou leurs déjections : - travaux d'élevage et de vente des oiseaux ; - travaux de soins aux oiseaux dans les parcs zoologiques et ornithologiques ; - travaux d'élevage, vente, abattage, conservation des volailles.
Formes typhoïdes avec troubles digestifs et états stuporeux.	21 jours	
Formes neuroméningées.	21 jours	
Dans tous les cas, la maladie doit être confirmée par l'isolement du germe ou par un examen sérologique spécifique de Chlamydia-psittaci.		Travaux de laboratoire comportant la manipulation des volailles et oiseaux, de leurs produits ou de leurs déjections.

Article Annexe II : Tableau n° 88

ROUGET DU PORC (Erysipéloïde de Baker-Rosenbach)

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Forme cutanée simple : placard érysipéloïde (en dehors des cas considérés comme accidents du travail).	7 jours	Travaux exécutés dans les boucheries, charcuteries, triperies, boyauderies, abattoirs, ateliers d'équarrissage, volailleries, pêcheries, poissonneries, cuisines.
Forme cutanée associée à une monoarthrite ou à une polyarthrite loco-régionale.	30 jours	Travaux exécutés dans les élevages d'ovins, de porcins, de volailles ou de gibiers.
Formes cutanées chroniques, à rechute.	6 mois	Travaux de conditionnement, transport, entreposage, salaison, mise en conserve, réfrigération, congélation, surgélation de produits alimentaires d'origine animale.
Formes septicémiques : complications endocarditiques, intestinales.	6 mois	Fabrication de gélatine, de colles à base d'os. Manipulation et traitement de suints, de cuirs verts. Travaux exécutés dans les parcs zoologiques. Travaux exécutés dans les laboratoires vétérinaires. Travaux de gardes-chasse.

Article Annexe II : Tableau n° 89

Affection provoquée par l'halothane

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer la maladie
Hépatite ayant récidivé après nouvelle exposition et confirmée par des tests biochimiques, après exclusion d'une autre étiologie.	15 jours	Activités exposant à l'halothane, notamment en salles d'opération et d'accouchement.

Article Annexe II : Tableau n° 90

Affections respiratoires consécutives à l'inhalation de poussières textiles végétales

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
- A -		
Syndrome respiratoire obstructif aigu caractérisé par une oppression thoracique survenant habituellement après une interruption d'exposition au risque d'au moins 36 heures et se manifestant quelques heures après la reprise de l'exposition au risque (byssinose et affections apparentées). Le caractère obstructif de ce syndrome doit être confirmé par des explorations fonctionnelles respiratoires pratiquées au moment de la reprise de l'exposition au risque et six à huit heures après.	7 jours (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux exposant à l'inhalation de poussières de coton, lin, chanvre, sisal, dans les ateliers de : - teillage ; - ouvraison ; - battage ; - cardage ; - étrépage ; - peignage ; - bambrochage ; - filage ; - bobinage ; - retordage ; - ourdissage.
- B -		
Bronchopneumopathie chronique obstructive consécutive à des épisodes respiratoires obstructifs aigus caractérisés cliniquement comme ci-dessus et répétitifs. Cette bronchopneumopathie doit être confirmée par des explorations fonctionnelles respiratoires avec un volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) abaissé d'au moins 40 % par rapport à la valeur moyenne théorique.	5 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux identiques à ceux visés en A sous réserve qu'ils ne soient pas réalisés dans des ateliers où s'effectue uniquement le filage à bout libre (procédé dit open end »).

Article Annexe II : Tableau n° 91

Broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie
Broncho-pneumopathie chronique obstructive entraînant un déficit respiratoire chronique. Elle est caractérisée par l'association de signes cliniques tels que dyspnée, toux, hypersécrétion bronchique et d'un syndrome ventilatoire de type obstructif avec un volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) abaissé d'au moins 30 % par rapport à la valeur moyenne théorique. Cet abaissement doit être constaté en dehors de tout épisode aigu.	10 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux au fond dans les mines de charbon.

Article Annexe II : Tableau n° 92

Infections professionnelles à Streptococcus suis

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Méningite purulente avec bactériémie, accompagnée le plus souvent d'une atteinte cochléo-vestibulaire : surdité de perception unie ou bilatérale, avec acouphènes et troubles de l'équilibre (vertiges et ataxie).	25 jours	Travaux exposant au contact de porcs, de leur viande, carcasses, os, abats ou sang, dans les élevages de porcs, les abattoirs, les entreprises d'équarrissage, les boucheries, charcuteries, triperies, boyauderies, cuisines, entreprises de transport de porcs ou viande de porc.
Atteinte cochléo-vestibulaire aiguë et ses complications cochléaires (troubles de l'audition irréversibles).	25 jours	Travaux d'inspection de viande de porc, travaux vétérinaires, travaux de laboratoire au contact de porc.
Septicémie isolée, tableau de coagulopathie intravasculaire disséminée.	25 jours	Travaux de l'industrie alimentaire avec fabrication d'aliments à base de viande de porc.
Arthrites inflammatoires ou septiques.	25 jours	
Endophtalmie, uvéite.	25 jours	
Myocardite.	25 jours	
Pneumonie, paralysie faciale.	25 jours	
Endocardite.	60 jours	
Dans tous les cas, il est nécessaire de mettre en évidence le Streptococcus suis et de procéder à son typage.		

Article Annexe II : Tableau n° 93

Lésions chroniques du segment antérieur de l'oeil provoquées par l'exposition à des particules en circulation dans les puits de mine de charbon

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Conjonctivite chronique ou blépharoconjonctivite chronique.	90 jours sous réserve d'une durée d'exposition de 2 ans	Travaux dans les puits de retour d'air des mines de charbon.

Article Annexe II : Tableau n° 94

Broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de fer

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer cette maladie
Broncho-pneumopathie chronique obstructive entraînant un déficit respiratoire chronique. Elle est caractérisée par l'association de signes cliniques tels que dyspnée, toux, hypersécrétion bronchique et d'un syndrome ventilatoire de type obstructif avec un volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) abaissé au jour de la déclaration d'au moins 40 % par rapport à la valeur moyenne théorique. Cet abaissement doit être constaté en dehors de tout épisode aigu.	5 ans (sous réserve d'une durée d'exposition de 10 ans)	Travaux effectués au fond dans les mines de fer et travaux de concassage exposant à l'inhalation de poussières ou de fumées d'oxyde fer, notamment extraction, broyage et traitement des minerais de fer.

Article Annexe II : Tableau n° 95

Affections professionnelles de mécanisme allergique provoquées par les protéines du latex (ou caoutchouc naturel)

DÉSIGNATION DE LA MALADIE	DÉLAI de prise en charge	LISTE INDICATIVE DES PRINCIPAUX TRAVAUX susceptibles de provoquer ces maladies
Urticaire de contact ayant récidivé après nouvelle exposition au risque et confirmée par un test.	7 jours	Préparation, emploi et manipulation du latex naturel et des produits en renfermant, notamment : - production et traitement du latex naturel ; - fabrication et utilisation d'objets en latex naturel.
Rhinite, asthme, conjonctivite aiguë bilatérale, ayant récidivé après nouvelle exposition au risque et confirmés par un test.	7 jours	
Réactions allergiques systémiques telles que : urticaire géante, œdème de Quincke, choc anaphylactique, survenus à l'occasion d'une exposition au latex.	3 jours	
Lésions eczématiformes ayant récidivé après nouvelle exposition au risque ou confirmées par un test épicutané positif.	15 jours	

Article Annexe II : Tableau n° 96

Fièvres hémorragiques avec syndrome rénal dues aux agents infectieux du groupe hantavirus

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Infections aiguës par hantavirus, se traduisant par une insuffisance rénale aiguë ou un syndrome algique pseudo-grippal ou des manifestations hémorragiques, dont l'étiologie aura été confirmée soit par la mise en évidence du virus, soit par la présence d'anticorps spécifiques à un taux considéré comme significatif dans le sérum prélevé au cours de la maladie.	60 jours	Tous travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, et le personnel de laboratoire, susceptibles de mettre en contact avec le virus. Tous travaux exposant au contact de rongeurs susceptibles de porter ces germes, ou au contact de leurs déjections, ou effectués dans des locaux susceptibles d'être souillés par les déjections de ces animaux.

Article Annexe II : Tableau n° 97

Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux exposant habituellement aux vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier : - par l'utilisation ou la conduite des engins et véhicules tout terrain : chargeuse, pelleteuse, chargeuse-pelleteuse, niveleuse, rouleau vibrant, camion tombereau, décapeuse, chariot élévateur, chargeuse sur pneus ou chenilleuse, bouteur, tracteur agricole ou forestier ; - par l'utilisation ou la conduite des engins et matériels industriels : chariot automoteur à conducteur porté, portique, pont roulant, grue de chantier, crible, concasseur, broyeur ; - par la conduite de tracteur routier et de camion monobloc.

Article Annexe II : Tableau n° 98

Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI de prise en charge	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES de provoquer ces maladies
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués : - dans le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ; - dans le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ; - dans les mines et carrières ; - dans le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ; - dans le déménagement, les garde-meubles ; - dans les abattoirs et les entreprises d'équarrissage ; - dans le chargement et le déchargement en cours de fabrication, dans la livraison, y compris pour le compte d'autrui, le stockage et la répartition des produits industriels et alimentaires, agricoles et forestiers ; - dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes ; - dans le cadre du brancardage et du transport des malades ; - dans les travaux funéraires.

Annexes

Annexe 5 (mentionnée aux articles R. 611-40 et R. 611-52).

Article Annexe 5

III. - Caisses mutuelles régionales des professions libérales

(A) : NOMBRE de membres des conseils d'administration (toutes catégories comprises)

(B) : Professions juridiques ou judiciaires : Actifs

(C) : Professions juridiques ou judiciaires : Retraités

(D) : Autres professions libérales : Actifs

(E) : Autres professions libérales : Retraités

!-----!

! CAISSE !

!-----!

! Caisse mutuelle parisienne des professions libérales !

!-----!-----!-----!-----!

!!! NOMBRE DE MEMBRES !

!!! représentants des !

! CIRCONSCRIPTION ! A ! assurés !

!!!-----!-----!-----!-----!

!!! B ! C ! D ! E !

!-----!-----!-----!-----!

! Ile-de-France ! 33 ! 5 ! 1 ! 14 ! 5 !

!-----!-----!-----!-----!

!-----!
! CAISSE !
!-----!
! Caisse mutuelle provinciale des professions libérales !
!-----!-----!-----!-----!-----!
!!! NOMBRE DE MEMBRES !
!!! représentants des !
! CIRCONSCRIPTIONS ! A ! assurés !
!!!-----!-----!-----!-----!
!!! B ! C ! D ! E !
!-----!-----!-----!-----!-----!
! Nord - Pas-de-Calais !!!!!!
! Picardie !!!!!!
! Champagne-Ardenne !! 1 !! 4 ! 1 !
!-----!-----!-----!-----!-----!
! Lorraine !!!!!!
! Alsace !!!!!!
! Bourgogne !!!!!!
! Franche-Comté !! 1 !! 4 ! 1 !
!-----!-----!-----!-----!-----!
! Rhône-Alpes !!!!!!
! Provence-Alpes-Côte d'Azur !!!!!!
! Corse !! 2 ! 1 ! 3 ! 1 !
!-----!-----!-----!-----!-----!
! Languedoc-Roussillon !!!!!!
! Aquitaine !! 1 !! 3 ! 1 !
!-----!-----!-----!-----!-----!
! Midi-Pyrénées !!!!!!

! Auvergne ! ! ! ! !

! Limousin ! ! 1 ! ! 2 ! 1 !

!-----!-----!-----!-----!-----!

! Poitou-Charentes ! ! ! ! !

! Centre ! ! ! ! !

! Bretagne ! ! ! ! !

! Pays de la Loire ! ! 1 ! ! 4 ! 1 !

!-----!-----!-----!-----!-----!

! Haute-Normandie ! ! ! ! !

! Basse-Normandie ! ! ! ! !

!-----!-----!-----!-----!-----!

! Total ! 42 ! 7 ! 1 ! 20 ! 6 !

!-----!-----!-----!-----!-----!